

*gleum  
2  
P.*

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

---

CORBEIL. — IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.

---

# ANNALES

DES MALADIES

## DE L'OREILLE, DU LARYNX

### DU NEZ ET DU PHARYNX

*Directeurs :*

**M. LERMOYEZ**

Médecin des hôpitaux de Paris  
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie  
de  
l'hôpital Saint-Antoine

**P. SEBILEAU**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine  
Chirurgien des hôpitaux de Paris  
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie  
de l'hôpital Lariboisière

**E. LOMBARD**

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris.

*Secrétaires de la rédaction :*

**H. BOURGEOIS**

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris

**H. CABOCHE**

Ancien interne des hôpitaux de Paris  
Ancien assistant du service d'oto-rhino-  
laryngologie de l'hôpital Lariboisière

Les **ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX** paraissent *tous les mois* et forment chaque année un volume in-8°.

Abonnements : France, **20 francs** ; Union Postale, **25 francs**.  
— Chacun des volumes des années 1875 à 1905 est vendu séparément **15 francs**, moins les années 1886, 1891, 1892 qui ne se vendent qu'avec la collection complète.

Il existe encore quelques collections complètes de ces 31 années au prix de **465 francs**.

En retranchant les années 1886, 1891, 1892, le prix est de **360 francs**.

**Prix du numéro : 2 francs.**

Les publications périodiques ainsi que les communications destinées à la Rédaction doivent être adressées à **M. le Dr E. LOMBARD, 49, rue de Rome, VIII<sup>e</sup>, Paris.**

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à **MM. MASSON et C<sup>e</sup>, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.**

**TOME XXXIV — 1908**

PREMIÈRE PARTIE

**PARIS**

**MASSON & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (VI<sup>e</sup>)

1908

W. H. L. E. S.

THE JOURNAL OF THE

AMERICAN ASSOCIATION OF  
SCIENTISTS

1911

Published by the  
American Association of  
Scientists  
1911



MÉMOIRES ORIGINAUX

I

DU DÉVELOPPEMENT THORACIQUE PAR LA GYMNAS-  
TIQUE RESPIRATOIRE APRÈS L'OPÉRATION ADÉNOI-  
DIENNE.

Par **ROZIER** et **Philippe TISSIÉ** (de Pau) (1).

La respiration au point de vue physique consiste essentiellement dans l'introduction de l'air dans la cavité thoracique et dans son expulsion. Il faut donc, pour que nos poumons absorbent la plus grande quantité d'oxygène, une bonne conformation de la cage thoracique et une intégrité complète des conduits aériens, qui mettent en communication les poumons avec l'air atmosphérique, c'est-à-dire la trachée, le larynx, le pharynx et le nez, qui constitue, ainsi qu'on l'a déjà dit, la véritable sentinelle respiratoire.

Pendant longtemps, la fonction respiratoire du nez est restée méconnue. On associait à la fonction respiratoire l'orifice buccal destiné au passage des aliments et l'orifice nasal servant à l'olfaction et à la respiration. Que de fois, en effet, n'avons-nous pas entendu autour de nous cette phrase : « Respirez bien, ouvrez la bouche. » Dans les manuels récents de gymnastique militaire, on recommande aux soldats qui se livrent à un exercice un peu fatigant d'*inspirer par le nez et d'expirer par la bouche*. Ce petit exercice est assez difficile : un essai suffit pour nous renseigner sur la difficulté de cette manœuvre. La respiration normale doit se faire par le nez, la bouche étant fermée, car, comme le dit avec juste raison le

(1) Communication faite au Congrès de la Société française de laryngologie, mai 1907.

D<sup>r</sup> Rosenthal, il est aussi antiphysiologique de respirer par la bouche qu'il le serait de boire ou de manger par le nez.

L'anatomie comparée vient d'ailleurs à l'appui de cette théorie. En effet, si, chez l'homme, le nez et la bouche sont en communication directe avec la cavité thoracique, il existe certains animaux chez lesquels la respiration nasale est seule possible, l'orifice buccal étant exclusivement alimentaire. Nous savons tous que la respiration buccale est impossible aux pachydermes et aux cétacés. Le larynx, chez ces animaux, s'ouvre directement dans le rhino-pharynx, grâce au prolongement de l'épiglotte, qui empêche toute communication entre l'arbre aérien et la bouche. Le cheval, par exemple, ne possède qu'une respiration nasale ; la respiration buccale est impossible, car l'épiglotte remonte plus haut que le voile du palais, séparant ainsi la bouche de la trachée. Voilà pourquoi, d'ailleurs, les chevaux atteints de paralysie faciale double, et dont les nasaux aplatis ne permettent pas le passage de l'air, ne peuvent suppléer à la suppression respiratoire de la fonction du nez par la respiration buccale.

Le nez est donc un orifice respiratoire naturel. Si quelquefois, par obstruction nasale, on est obligé de se servir de la respiration buccale, cette nécessité ne va pas sans créer de nouveaux désordres, ainsi que nous le verrons plus tard. Elle est si peu naturelle que l'usage même de la bouche comme orifice respiratoire est inconnu aux nouveau-nés, ainsi que le fait remarquer avec juste raison Hansell : « Lorsqu'on obstrue, dit cet auteur, le nez d'un enfant de quelques semaines endormi profondément, si le contact ne réveille pas l'enfant, celui-ci continue à dormir ; mais bientôt il s'agite et commence à crier sans avoir respiré par la bouche. » On peut conclure de ce fait que le nouveau-né n'ouvre pas la bouche pour respirer, mais pour crier. Ce n'est que plus tard que l'enfant suppléera à l'insuffisance nasale par la respiration buccale, et encore il ne le fera que par un acte conscient et volontaire (1). En effet, voyez un enfant qui a une respiration nasale insuffisante : il respirera toute la journée par le nez et la bouche et

(1) MENDEL, *Physiologie et pathologie de la respiration nasale*.

ne sera pas trop incommodé, mais, pendant le sommeil, au contraire, sa bouche se fermera ; il ne respirera plus que par le nez, et alors, au bout de quelques heures de respiration insuffisante, le manque d'air se fait sentir : l'enfant se réveille en sursaut, s'assied sur son lit, manifestant son angoisse par des inspirations violentes et précipitées. Ces faits nous démontrent bien que la respiration buccale n'existe pas en tant que phénomène essentiellement physiologique. Elle est possible, il est vrai ; mais elle ne fait que suppléer à la respiration nasale, qui quelquefois peut faire défaut. La respiration nasale est la seule qui doit nous préoccuper, car elle a une grande importance dans le développement de l'enfant en général et de la cage thoracique en particulier, ainsi que nous le verrons plus loin.

Au point de vue physiologique, la qualité de l'air inspiré passant par le nez est supérieure à celle de l'air qui passe par la bouche. En effet, pendant son passage sur les replis de la muqueuse pituitaire, l'air se réchauffe. Gréant est le premier qui a démontré que l'air expiré, lorsqu'il a pénétré par la bouche, n'offre qu'une température de  $33^{\circ},9$  en moyenne, tandis que l'air expiré qui a pénétré par le nez possède une température de  $35^{\circ},3$  en moyenne. L'air extérieur qui avait servi pour l'expérience était à la température de  $22^{\circ}$ . Réchauffer l'air, voilà donc un des premiers résultats de la respiration nasale.

En traversant les replis muqueux des fosses nasales, l'air acquiert aussi une autre qualité, il s'humidifie, devenant ainsi moins irritant pour la trachée et le larynx. Comme le dit avec juste raison Ruault : « Le nez est l'organe de défense des voies respiratoires plus profondes, et, en effet, c'est un filtre qui retient dans les cils vibratiles de la muqueuse les poussières et les germes de contamination qui sont contenus dans l'air que nous respirons. Lermoyez a depuis longtemps mis en évidence ce rôle protecteur des fosses nasales dans ses travaux sur le pouvoir bactéricide du mucus nasal, et tout dernièrement, au Congrès de la tuberculose, on a démontré que les sujets qui avaient une insuffisance nasale manifeste étaient exposés aux affections pulmonaires et surtout à la tuberculose.

En même temps, comme il faut lutter contre un manque d'oxygène dû à ce que l'air ne passe pas en quantité suffisante, les muscles thoraciques se livrent à des efforts constants, qui ont une grande importance au point de vue du développement du squelette et du rythme respiratoire. Lorsqu'un enfant respire librement, les clavicules se soulèvent doucement, accompagnées dans ce mouvement par les côtes supérieures; les côtes inférieures et la paroi abdominale se soulèvent légèrement. La respiration est paisible: elle est *costo-diaphragmatique*. Si nous prenons un enfant présentant de l'obstruction nasale à la suite, par exemple, de végétations adénoïdes, et si on lui recommande de fermer la bouche, on voit les clavicules et les côtes supérieures se soulever plus violemment; les sterno-mastoidiens se contractent: la région épigastrique et la paroi abdominale se dépriment. La respiration est *costale supérieure*. Les inspirations augmentent et deviennent plus pénibles.

À l'auscultation, le murmure vésiculaire est doux et ample dans le premier cas, obscur et voilé dans le second.

Les déformations du squelette occasionnées par la sténose nasale sont nombreuses; nous ne les passerons pas toutes en revue. La plus connue est celle qui s'adresse à la face. En effet, pour suppléer à l'insuffisance nasale, le petit malade doit tenir la bouche ouverte, et il s'ensuit alors une série de malformations maxillaires, que l'on a dénommées sous le nom de *facies adénoïdien*. La bouche est ouverte, la lèvre supérieure épaissie, la lèvre inférieure pendante: le maxillaire supérieur semble atrophié, déterminant une déformation du masque consistant en une étroitesse exagérée du visage. Le maxillaire inférieur débordant le supérieur, le malade a un peu la conformation du bull-dog. Les dents, à l'étroit sur cette arcade dentaire amoindrie, chevauchent les unes sur les autres.

Du côté de la cage thoracique, les déformations sont aussi très importantes. La somme d'air que les narines peuvent laisser passer étant insuffisante, il se produit des efforts inspiratoires excessifs, et alors les côtes, qui sont en voie d'ossification, tiraillées par les muscles inspireurs et surtout

par les digitations du diaphragme, contractent des inflexions vicieuses. Les côtes sternales sont déprimées vers le poumon ; leurs cartilages, au contraire, sont bombés en dehors. Le sternum, au lieu d'être projeté en avant, est notablement déprimé, surtout vers l'appendice xiphoïde, qui est repoussé en dedans. Les épaules font une saillie exagérée ou encore prennent une incurvation spéciale, que l'on a qualifiée d' « épaules en porte-manteau ». Quelquefois aussi on trouve une incurvation du tronc en avant ou une déformation du rachis (cyphose ou scoliose).

L'étude de ces déformations ayant été faite depuis longtemps, nous n'insisterons pas là-dessus ; nous avons simplement tenu à résumer l'importance que pouvait avoir l'insuffisance nasale sur l'organisme tout entier afin de pouvoir y remédier sans retard.

Toutes les fois, en effet, que nous nous trouverons en présence d'un enfant présentant une obstruction pharyngonasale par végétations adénoïdes, déviation de la cloison, polypes du nez, etc., il faudra agir sans retard pour établir la perméabilité nasale. Le résultat ne se fera pas trop attendre et, quelques semaines après l'opération, nous pourrons constater que l'enfant a subi une véritable transformation au point de vue du développement et de la santé générale. Malheureusement le traitement causal ne suffit toujours pas, il agit d'autant moins que le sujet est plus âgé, c'est-à-dire que les ligaments articulaires sont moins élastiques et que les déformations thoraciques sont plus accentuées et plus anciennes. L'opération que nous aurons faite sur notre adénoïdien aura rendu à ses fosses nasales la perméabilité suffisante ; mais il faudra se rappeler, ainsi que le dit Lermoyez (1), que nous nous trouvons en présence d'un sujet qui a perdu depuis longtemps ou qui n'a jamais eu l'habitude de respirer par le nez. « On s'imagine à tort, écrit M<sup>me</sup> Nageotte Wilbouchevitch (2), qu'il suffit d'enlever les végétations pour que le sujet ferme la bouche et se mette à respirer par le nez. Beaucoup d'opérés gardent la respi-

(1) *Annales des maladies de l'oreille*, septembre 1904.

(2) *Atlas de gymnastique*.

ration buccale, ou bien ouvrent la bouche au moindre effort : tous ont une amplitude respiratoire des plus restreintes et qui reste telle après l'opération pendant fort longtemps au moins, si l'on ne s'en occupe pas, et c'est la règle. Ces enfants ont si bien perdu l'habitude de la respiration nasale qu'il faut la leur réapprendre. »

D'ailleurs, la perméabilité nasale aura beau être rétablie, les enfants resteront aussi malingres. La croissance ne se fera pas selon nos prévisions ; la poitrine restera étroite, aplatie. L'appareil respiratoire fonctionnant mal, l'enfant ne prend pas la quantité voulue d'oxygène, et, si on n'y remédie pas, c'est un candidat à la tuberculose (D<sup>r</sup> Rosenthal).

C'est ici que nous devons intervenir avec la gymnastique respiratoire, ainsi que l'ont bien mis en évidence MM. Lermoyez et Rosenthal (1), et que l'un de nous avait depuis longtemps préconisée dans une thèse intitulée : *Du développement thoracique par la gymnastique respiratoire*, par le D<sup>r</sup> Caminade (travaux de la clinique de gymnastique médicale du D<sup>r</sup> Philippe Tissié, 1897). Ainsi que le dit Rosenthal, nous estimons que la cure de gymnastique respiratoire est le complément physiologique de la cure anatomique obtenue après l'ablation de végétations adénoïdes.

Presque tous nos opérés sont soumis à une cure de gymnastique respiratoire. Ceux qui ne respirent que par la bouche apprennent en quelques leçons à utiliser la respiration nasale. Quant à ceux qui présentent des déformations thoraciques, ils sont transformés et méconnaissables après quelques séances de gymnastique.

Ne pouvant pas soumettre l'observation de tous nos malades, nous avons pris celle qui était la plus typique, pour bien montrer les résultats vraiment miraculeux que l'on peut obtenir avec un peu de patience et de ténacité, grâce à une méthode rationnelle de gymnastique respiratoire.

Il s'agit d'un garçon de treize ans, Georges D..., qui se présenta à notre consultation pour insuffisance nasale et surdité complète des deux oreilles. Ce malade possédait le

(1) Recherche sur la gymnastique respiratoire (*Annales des maladies de l'oreille*, janvier 1904).

facies caractéristique des tumeurs adénoïdes du pharynx : face hébétée, bouche toujours ouverte, respiration purement buccale. Ainsi qu'on peut le constater sur la photographie 1, l'enfant, quoique de taille moyenne, 1<sup>m</sup>,455, était peu développé pour son âge ; il était voûté avec une cage thoracique resserrée et déformée et un système musculaire défectueux.

Opéré le 18 décembre 1906 de tumeurs adénoïdes qui remplissaient toute la cavité naso-pharyngienne, il bénéficia aussitôt de cette intervention, recouvrant complètement la perméabilité nasale et le rétablissement complet de son audition, puisque la montre air était entendue des deux côtés à 1 mètre environ. La physionomie de l'enfant changea en quelques jours, ainsi qu'on peut le constater sur les photographies 5 et 6 ; mais il restait à transformer la cage thoracique, car elle ne paraissait pas devoir se modifier, malgré le rétablissement de la respiration nasale. C'est alors que l'on commença la gymnastique respiratoire. Elle fut appliquée à partir du 31 décembre 1906, pendant 55 séances de trente minutes de durée chacune. Ainsi qu'on peut le constater par les trois séries de photographies, une véritable transformation a été opérée chez le jeune malade photographié de face, de dos, de profil.

Les photographies 1, 2, 3, 4 ont été prises le 18 décembre *avant* l'opération.

Les photographies 5 et 6 ont été prises le 31 décembre, c'est-à-dire onze jours après l'opération, *avant* tout exercice de gymnastique.

Les photographies 7, 8, 9, 10, 11 et 12 ont été prises le 5 mars, c'est-à-dire après 55 séances de gymnastique.

La photographie 1 donne le facies adénoïdien classique, bouche ouverte, regard vague, tassement du corps en flexion, amaigrissement. La photographie 2 donne un dos avec les omoplates saillantes, écartées, à musculature thoracique peu développée. La photographie 3 donne un profil droit caractéristique des adénoïdiens ou de tous les malades qui respirent mal, tête projetée en avant sous la force de la pesanteur. Le centre de gravité de la tête étant placé en avant du point d'appui du levier du premier genre constitué par la tête, celle-ci tombe en avant, les muscles extérieurs du cou étant peu déve-

loppés : faisceau supérieur du trapèze, splénus, etc. La chute du poids de la tête en avant provoque, par effet d'équilibre,

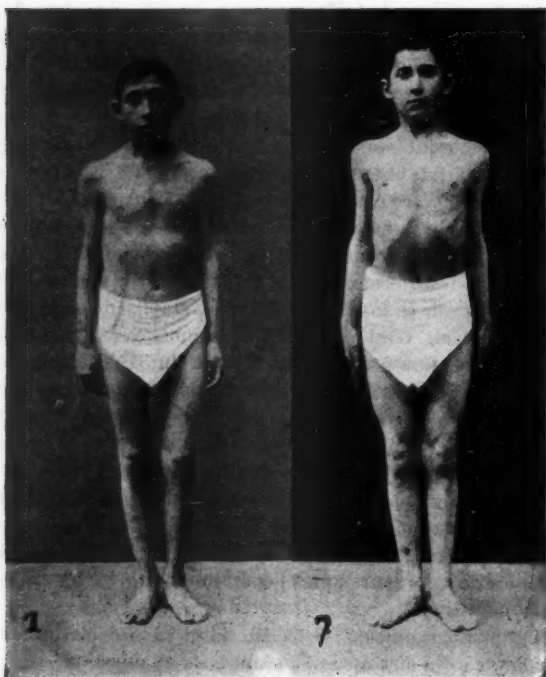


Fig. 1.

Photographie du 18 décembre 1906 prise deux jours avant l'opération adénoïdienne. (Le jeune malade a été opéré le 20 décembre 1906.)

Fig. 7.

Photographie du 5 mars 1907 prise après 55 séances de gymnastique respiratoire de trente minutes chaque.

Face.

la projection des omoplates en arrière et, par ce même effet d'équilibre compensateur, le ventre est projeté en avant avec ensellure compensatrice. Les jambes sont en très légère flexion,



les muscles extenseurs n'étant pas entraînés. Les bras eux-mêmes sont aussi en très légère flexion, tout le corps participant à une flexion généralisée sous l'influence de la pesanteur qui attire tous les segments vers le sol.

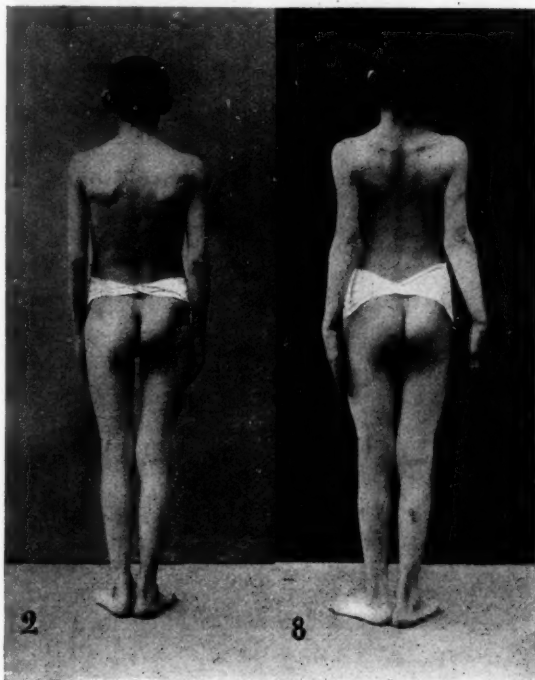


Fig. 2.

Fig. 8.

Photographie du 18 décembre 1906. Photographie du 5 mars 1907.

Dos.

Si l'on compare maintenant les photographies 7, 8, 9 et 10 aux photographies 1, 2, 3 et 4, on constate que le corps s'est redressé de bas en haut dans une extension en forme pure : chaque segment s'adapte à ses segments voisins selon des

plans verticaux et horizontaux aux lignes non anguleuses. La tête est maintenue dans l'axe normal, les muscles extenseurs du cou ayant été rationnellement entraînés. On constate surtout

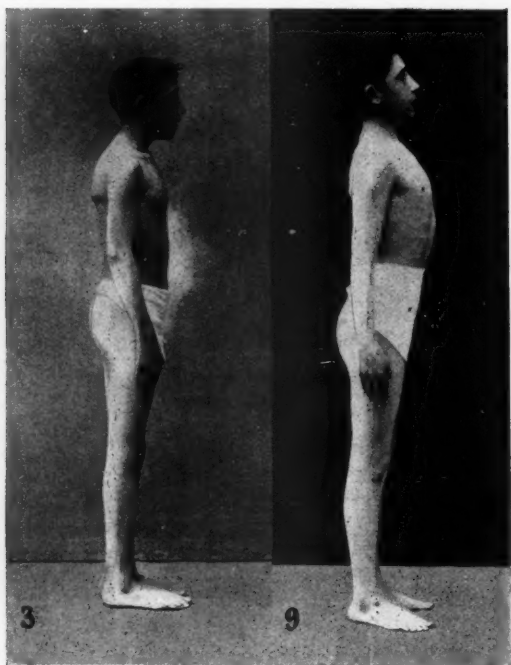


Fig. 3.

Fig. 9.

Photographie du 18 décembre 1906. Photographie du 5 mars 1907.

Profil droit.

le fait dans les deux photographies de profil 9 et 10. Les omoplates ont été refoulées de dehors en dedans ; l'angle inférieur est à peine visible sur le profil 9 ; il n'est pas visible sur le profil 10. Les bras sont tendus, le triceps brachial ayant été entraîné. Les jambes sont droites par l'entraînement des

extenseurs, le quadriceps fémoral, les jumeaux, le soléaire, etc... Les muscles extenseurs du rachis se sont développés. Ils fixent la colonne vertébrale dans le plan vertical. La courbure cy-

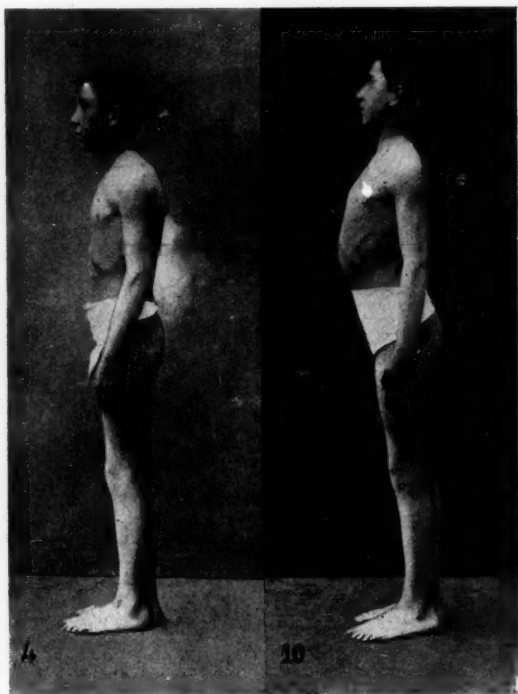


Fig. 4.

Fig. 10.

Photographie du 18 décembre 1906. Photographie du 5 mars 1907.

Profil gauche.

photique des photographies 3 et 4 est supprimée du fait de l'entraînement rationnel des muscles du massif dorso-lombaire, extenseurs de la colonne vertébrale.

En avant, on constate que l'entraînement des muscles de la

ceinture abdominale et surtout du muscle droit antérieur de l'abdomen a provoqué une fixation de la masse gastro-intestinale dans le plan vertical, alors que, dans les photographies 3

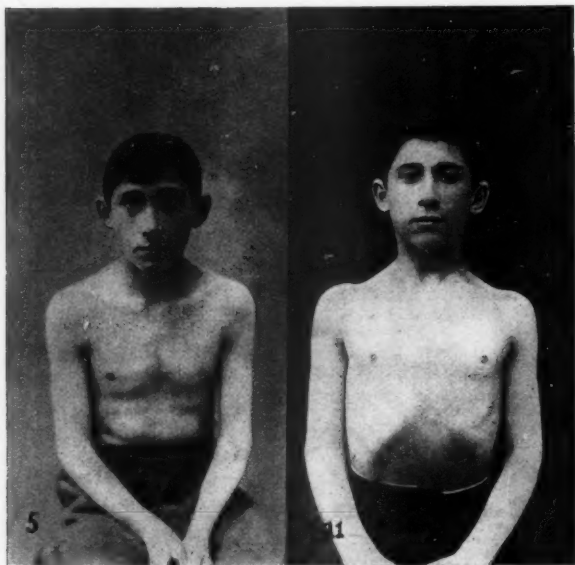


Fig. 5.

Photographie du 31 décembre 1906 prise *onze jours après* l'opération adénoïdienne et *avant* tout traitement de gymnastique respiratoire.

Le 31 décembre 1906, début du traitement de gymnastique respiratoire.

Fig. 11.

Photographie du 5 mars 1907 prise après 55 séances de gymnastique respiratoire.

Buste vu de face.

et 4 la masse gastro-intestinale, sous la force de la pesanteur, est projetée en avant avec une légère courbure convexe du droit antérieur de l'abdomen.

La cage thoracique s'est surtout développée dans le plan

antéro-postérieur, dans le plan latéral et dans le plan supéro-inférieur. Elle s'est développée symétriquement de bas en haut, de dedans en dehors et d'avant en arrière, ainsi que l'indiquent les photographies 7, 8, 9 et 10 et surtout les photographies de buste 11 et 12.

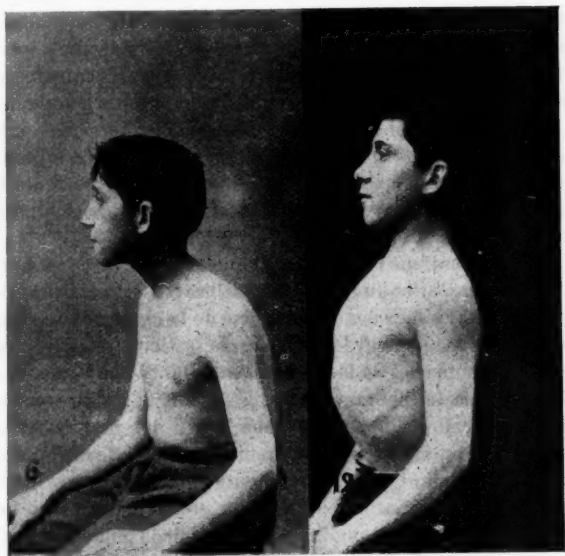


Fig. 6.

Fig. 12.

Photographie du 31 décembre 1906. Photographie du 5 mars 1907.

Buste vu de profil gauche.

En avant, les pectoraux se sont développés : la configuration de la cage thoracique a pris la forme d'un cône renversé à base supérieure aux épaules, alors que dans la photographie 1 du 18 décembre la forme générale du tronc est celle d'un cylindre. Le type respiratoire a changé : d'*abdominal* (fig. 1), il est devenu *thoracique* (fig. 7).

Les épaules sont redressées : les deltoïdes forment un mas-

sif proéminent, tandis que ce muscle est à peine indiqué dans les photographies 5 et 6. Il est très marqué dans les photographies 11 et 12. L'épaisseur de ce muscle est surtout remarquable dans la photographie 12.

Dans la photographie 8, les deux omoplates sont rapprochées. On voit parfaitement la contraction du faisceau moyen du trapèze actionnant l'épine de l'omoplate. On voit également se dessiner les reliefs du faisceau inférieur du trapèze, ainsi que le rhomboïde, en même temps que les muscles du massif dorso-lombaire extenseur de la colonne vertébrale.

Le profil de la photographie 12 est particulièrement intéressant à comparer avec le profil de la photographie 6 : celui-ci est en flexion ; celui-là est en extension. La tête est droite et bien fixée dans la verticale. Le sterno-cleido-mastoïdien se dessine nettement dans les photographies 11 et 12.

Il est surtout une remarque plus intéressante encore à faire, nous voulons parler du changement de l'expression de la physionomie. Tous les muscles ont bénéficié de la gymnastique respiratoire, non seulement les muscles de la vie de relation, mais surtout les muscles de la vie intellectuelle. Si l'on compare la physionomie des photographies 1, 7, 5, 11, 6, 12, on constate une modification importante dans le jeu des muscles de la face. Cette modification s'est produite aussitôt après l'opération adénoïdienne, avant même toute gymnastique par le seul fait d'une hématoxose plus profonde et plus large. Le facies de la photographie 5 est meilleur que celui de la photographie 1. La bouche est fermée : l'enfant respire par le nez, mais le regard est inquiet, scrutateur, timide. Il est ferme, assuré, volontaire dans les photographies 7, 9, 10 et surtout 11 et 12.

La conscience d'être et l'affirmation du *moi* de l'individu est une résultante de la conscience d'être et de l'affirmation du *moi* de chacune de ses cellules neuro-musculaires. Chaque cellule musculaire et nerveuse, bien entraînée par la synergie des mouvements établis entre les localisations médullo-encéphaliques et les localisations nerveuses musculaires, semble dire à l'être humain : « Je suis là, je suis prête à l'action, tu peux affirmer ton *moi*. » — Donner la conscience de sa force à l'homme, c'est d'abord donner cette conscience à

chacune de ses cellules organiques. Les composantes sont infinies. La résultante est simple. Elle s'affirme dans la physionomie par la fonction des muscles de la face les plus directement actionnés, par les centres psycho-moteurs, parce qu'ils sont les plus rapprochés des localisations cérébrales.

On peut ici nous faire une objection et nous dire : l'enfant aurait pu se développer avec le seul concours d'un nez et d'une gorge dégagés des obstacles qui empêchaient l'air de pénétrer dans les poumons. Cette critique serait tendancieuse ; elle supprimerait du coup le principe même de toute éducation et de toute méthode éducative. Elle aboutirait à cette solution paradoxale que la nature se suffit à elle-même pour réparer le mal, qu'elle n'a pu empêcher de se produire. Peut-être, au point de vue de la respiration, la cage thoracique se serait élargie, mais elle se serait élargie d'après la loi du moindre effort. Certaines parties, plus facilement actionnées par des muscles inspireurs plus développés d'un côté ou de l'autre, auraient mieux travaillé au détriment de l'autre partie, qui se serait reposée, d'où développement thoracique très restreint. Il faut aussi considérer que les ligaments des articulations sterno-cleido-claviculaire, sterno-costale, cleido-coraçoïdienne et acromiale, ainsi que les articulations vertébro-costales ayant peu fonctionné ont une élasticité atténuée. Cette élasticité ne peut être rétablie que par un travail exercé méthodiquement sur chaque segment articulaire de la cage thoracique, en avant, en arrière et de haut en bas. Chaque vertèbre dorsale constitue le point d'appui d'un levier du troisième genre, dont le grand dentelé est la puissance et le sternum la résistance. Il faut, dès lors, que la main du spécialiste exerce une action raisonnée, mécanique et physiologique, selon l'effet qu'il veut produire soit sur le point d'appui, soit sur le bras de levier, soit sur la puissance de ce levier du troisième genre. Il faut donc que le spécialiste possède une méthode sûre de gymnastique respiratoire qui ne laisse rien à l'incertain, dans laquelle chaque mouvement est appliqué non seulement pour lui-même et pour son action propre, mais aussi en vue d'une action provocatrice synergique sur tel ou tel autre groupe articulaire et musculaire à faire fonctionner en vue du

but ultime recherché et bien défini d'avance. Nous ne pouvons mieux comparer le travail fourni par le spécialiste qu'à celui d'un chef d'orchestre qui, connaissant la valeur de tous les instruments, les met en action selon la symphonie à interpréter, avec toutes les nuances et tous les rythmes qui constituent la valeur même de l'œuvre.

La nature ne peut se corriger par elle-même en cette affaire où l'éducateur physique doit intervenir au même titre que l'éducateur intellectuel dans la mise en fonction de l'esprit et de l'intelligence en pédagogie classique.

Passons maintenant à l'observation clinique du jeune malade. Nous la résumons dans le tableau synoptique suivant, qui lui constitue une fiche anthropométrique.

M. le D<sup>r</sup> Henri Meunier (de Pau) a procédé à l'analyse du sang avec sa complaisance habituelle. Voici la note qu'il nous remet :

I. AVANT L'OPÉRATION. — Le 19 décembre 1906, à 3 h. 30 de l'après-midi, furent faits les prélèvements exigés par l'analyse par piqûre à la lancette du dos de la phalange.

1<sup>o</sup> *Numération* : Méthode d'Hayem, hématimètre contrôlé de Nachet :

Globules rouges.....	3 908 000	par millimètre cube.
Globules blancs.....	12 100	—
Émulsion normale : Globules légèrement déformés.		

2<sup>o</sup> *Hémoglobinométrie* : Méthode et appareil de Gowers :

Hémoglobine.....	77 p. 100	de la normale.
------------------	-----------	----------------

3<sup>o</sup> *Sang frais* : Méthode d'Hayem, cellule à rigole : aspect suivant le type « ilots-mers » : piles normales, réticulum à peine visible, dislocation facile ; pas d'augmentation de la viscosité ni de la cohérence ;

4<sup>o</sup> *Sang sec* : Examen histologique après fixation à l'alcool éther ; coloration par l'hématoxyline et l'éosine ; observation microscopique et numération avec l'objectif à immersion Zeiss ; hématies d'aspect et de dimensions normales généralement équivalentes : quelques formes poïkilocytosiques. Deux globules rouges à noyau indiscutables ; globules blancs nom-



Fiche anthropométrique de Georges D...

	AVANT l'opération le 18 déc. 1906.	OPÉRATION.	APRÈS l'opération avant tout traite- ment le 31 déc. 1906.	RÉSULTAT en 41 jours.	APRÈS L'OPÉRATION ET EN COURS DE TRAITEMENT.				RÉSULTAT TOTAL en 55 séances sur 64 jours.
					Résultat en 9 février 1907.	Résultat en 39 jours.	5 mars 1907.	Résultat en 25 jours.	
Age .....	13 ans.	»	»	»	»	»	»	»	13 a. 2 m. 4 j.
Taille .....	1 m, 455	»	1 m, 455	»	1 m, 470	+ 0 m, 015	1 m, 480	+ 0 m, 010	+ 0 m, 025
Poids nu .....	—	»	32 k, 800	—	35 k, 450	+ 2 k, 350	36 k, 700	+ 1 k, 550	+ 3 k, 900
Périmètre thoracique .....	Inspiration.	»	»	»	0 m, 750	+ 0 m, 045	0 m, 750	0	+ 0 m, 045
	Expiration.	»	»	»	0 m, 680	+ 0 m, 055	0 m, 700	+ 0 m, 020	+ 0 m, 075
Moyenne ..	0 m, 665	»	»	»	0 m, 715	+ 0 m, 050	0 m, 725	»	+ 0 m, 060
Diamètres thoraci- ques pris à 0,04	Inspiration.	»	»	»	»	»	0 m, 165	»	- 0 m, 013
	Expiration.	»	»	»	»	»	0 m, 160	»	+ 0 m, 016
Au-dessous des mamelons.	Inspiration.	»	»	»	»	»	0 m, 263	»	+ 0 m, 015
	Expiration.	»	»	»	»	»	0 m, 232	»	+ 0 m, 001
Diamètres thoraci- ques pris à 0,04	Inspiration.	»	»	»	»	»	0 m, 146	»	- 0 m, 002
	Expiration.	»	»	»	»	»	0 m, 135	»	+ 0 m, 001
Au-dessus des mamelons.	Inspiration.	»	»	»	»	»	0 m, 272	»	+ 0 m, 021
	Expiration.	»	»	»	»	»	0 m, 255	»	+ 0 m, 010
Capacité respiratoire	25,300	»	25,500	+ 0,200	25,500	0	25,500	0	+ 0,200
Pneumométrie .....	100	»	75	- 25	150	+ 85	175	+ 25	+ 75
Tension sanguine .....	120 mm	»	140 mm	+ 20 mm	»	»	470 mm	+ 30 mm	+ 50 mm
Dynamométrie .....	Main droite.	»	46 k	+ 2 k	47 k	+ 1 k	21 k	+ 4 k	+ 7 k
	— gauche	»	43 k	+ 2 k	45 k	+ 2 k	19 k	- 3 k	+ 1 k
(Lombes .....	—	»	55 k	»	60 k	+ 5 k	70 k	+ 10 k	+ 15 k

breux donnant la formule suivante après numération de 200 globules :

Polynucléés neutrophiles .....	74	p. 100.
Mononucléés. { Grands.....	14	} 18 —
{ Petits (lymphocytes).....	4	
Éosinophiles .....	8	—

5° *Conclusions* : Sang pathologique, différant du sang normal par : une *hypoglobulie* marquée, une *diminution notable* de l'hémoglobine (anémie du deuxième degré), une leucocytose assez importante, la présence de quelques hématies nucléées et une formule leucocytaire incorrecte montrant la *majoration* des *polynucléés* (état infectieux et une éosinophilie très nette de cause inconnue).

II. APRÈS L'OPÉRATION ET AU COURS DU TRAITEMENT PAR LA GYMNASTIQUE RESPIRATOIRE. — Le 22 février et le 4 mars 1907, prélèvements dans les mêmes conditions que la première fois :

1° *Numération* (Hayem) :

	22 février.	4 mars.
Globules rouges.....	3910900	3959000
Globules blancs.....	8000	8280

2° *Hémoglobinométrie* (Gowers) :

Hémoglobine.....	77 p. 100.	83 p. 100.
------------------	------------	------------

3° *Sang frais* : Type « ilots-mers » à piles plus fournies que la première fois, réticulum fin visible, normal ;

4° *Sang sec* : Hématies normales, peu déformées, pas de globules rouges à noyau, leucocytes suivant la formule suivante, établie sur 300 globules numérés :

Polynucléés neutrophiles .....	68	p. 100.
Mononucléés. { Grands.....	23	} 27 —
{ Petits .....	4	
Éosinophiles .....	5	—

5° *Conclusions comparées* : Relèvement du chiffre des globules rouges ; diminution des globules blancs, leucocytose presque effacée ; disparition des hématies nucléées ; augmentation de l'hémoglobine (6 p. 100) ; formule leucocytaire presque corrigée, sauf en ce qui concerne la persistance de l'éosinophilie.

La présence de l'éosinophilie nous fit admettre la présence d'helminthes chez ce jeune malade. Après avoir recueilli les selles et les avoir soumises à l'examen, M. le Dr H. Meunier nous donnait, le 8 mars 1997, la note suivante : « L'examen microscopique m'a permis d'observer des *œufs de trico céphale* et peut-être quelques œufs déformés d'ascarides. » Il y a donc bien helminthiase (par nématodes), peut-être est-ce la clef de l'éosinophilie.

Voici le tableau synoptique résumant les analyses hématologiques du sang fournies par le Dr Henri Meunier.

Tableau résumé.

CARACTÈRE HÉMATOLOGIQUE.	NORMALE.	Avant l'opération.	Après l'opération.	
		Le 19 décemb. 1906.	Le 22 février 1907.	Le 4 mars 1907.
Globules rouges....	5 000 000	<b>3 908 000</b>	<b>3 910 900</b>	<b>3 959 000</b>
Hémoglobine .....	100	<b>77 p. 100.</b>	<b>77 p. 100.</b>	<b>83 p. 100.</b>
Sang frais.....	Type « réseaux lacs », Réticulum fin. Dislocation facile.	Type <b>flots-mers.</b> <b>Pas de</b> <b>Réticulum</b> apparent. Dislocation facile.	Type <b>flots-mers.</b> Réticulum fin. Dislocation facile.	
Sang sec.....	Hématies égales non déformées. Pas de globules rouges à noyaux.	Hématies égales. Quelquefois <b>poikilo-cy-</b> <b>tosiques :</b> <b>deux</b> <b>globules</b> <b>rouges</b> <b>à noyau.</b>	Hématies égales, <b>peu</b> déformées. Pas de globules rouges à noyau.	
Formule leucocytaire.	Polynucléés..	66 p. 100.	68 p. 100.	
	Mononucléés.	32 p. 100.	27 p. 100.	
	Éosinophiles.	2 p. 100.	5 p. 100.	
N. B. — Les caractères gras indiquent les faits anormaux.				

*Conclusions générales.* — En résumé, la gymnastique respiratoire a modifié le jeune malade :

1° Au point de vue morphologique ;

2° Au point de vue respiratoire ;

3° Au point de vue hématologique.

En 55 séances s'étendant sur 64 jours, la *taille* a augmenté de 0<sup>m</sup>,025 ; le *poids* a augmenté de 3<sup>kg</sup>,900 ; le périmètre thoracique a augmenté en inspiration de 0<sup>m</sup>,045 et de 0<sup>m</sup>,075 en expiration. Les diamètres thoraciques cyrtométriques ont été modifiés.

Le diamètre *antéro-postérieur* du tracé cyrtométrique pris à 0<sup>m</sup>,04 *au-dessous* des mamelons diminue de 0<sup>m</sup>,013, en inspiration, mais il augmente de 0<sup>m</sup>,016 en expiration. Par contre, le diamètre latéral augmente de 0<sup>m</sup>,015 en inspiration ; il ne change presque pas en expiration, où le gain est négligeable (0<sup>m</sup>,001).

Le tracé cyrtométrique pris à 0<sup>m</sup>,04 *au-dessus* des mamelons se régularise comme ligne. Dans l'axe antéro-postérieur, il varie très peu ; il perd 0<sup>m</sup>,002 en inspiration ; il gagne 0<sup>m</sup>,001 en expiration, ce qui est négligeable. Par contre, le diamètre latéral du tracé pris à 0<sup>m</sup>,04 *au-dessus* des mamelons s'allonge de 0<sup>m</sup>,021 en inspiration et de 0<sup>m</sup>,010 en expiration.

Le maximum du gain est dévolu au tracé cyrtométrique pris *au-dessus* des mamelons. Mais ici il faut considérer que les muscles du massif de l'omoplate se sont développés. Dans le gain des 0<sup>m</sup>,021, il faut faire entrer ce facteur musculaire.

Le pouvoir d'expiration a surtout bénéficié de la gymnastique respiratoire par une éducation rationnelle du diaphragme.

L'expiration possède une très grande valeur, parce qu'elle favorise l'expulsion de l'acide carbonique avec celle des déchets gazeux pulmonaires. Cette expulsion plus large facilite une entrée plus grande de l'oxygène avec sa fixation plus profonde sur les globules rouges dans les capillaires pulmonaires. La force d'expiration au pneumomètre a augmenté de 75.

Non seulement la cage thoracique a été considérablement développée, mais elle a été symétriquement développée, surtout dans les parties moyenne et supérieure, à 0<sup>m</sup>,04 *au-dessus* et *au-dessous* des mamelons.

La *capacité respiratoire* a augmenté de 0',200. La *tension sanguine* est passée de 120 à 140 millimètres par le seul fait de l'ablation des végétations, soit un gain de 20 millimètres *avant* tout exercice de gymnastique respiratoire. Dès que les exercices sont appliqués, la tension sanguine se relève encore pour atteindre la normale de 170 millimètres. Le gain dû à l'exercice gymnastique est de 30 millimètres. *Le gain total est ainsi de + 50 millimètres.*

La *force musculaire* a augmenté à la main droite de 7 kilogrammes, à la main gauche de 1 kilogramme, et au massif dorso-lombaire de 15 kilogrammes. A part une modification négative dans les diamètres antéro-postérieurs en inspiration, des deux tracés *sus* et *sous*-mamelonnaires, tout a été gain pour ce jeune sujet. Il a augmenté de près de 4 kilogrammes ; il a grandi de 0<sup>m</sup>,025 ; son périmètre thoracique a augmenté de 0<sup>m</sup>,075, et cela en 64 jours.

Le sang, pathologique avant l'opération, est devenu à peu près physiologique, en effet, au point de vue hématologique ; les *globules rouges* avant l'opération sont de 3 908 000 et, le 4 mars, de 3 959 000. L'*hémoglobine* passe de 77 p. 100 à 83 p. 100.

La *formule leucocytaire* est heureusement modifiée ; les *polynucléés* passent de 74 p. 100 à 68 p. 100 ; les *mononucléés*, de 18 p. 100 à 27 p. 100 ; les *éosinophiles*, de 8 p. 100 à 5 p. 100. Il existe donc un relèvement du chiffre des globules rouges avec une diminution des globules blancs (la leucocytose est presque effacée). La disparition des hématies nucléées est un fait important à signaler, en même temps que l'augmentation de l'hémoglobine, qui est de 6 p. 100. La formule leucocytaire est presque corrigée ; la persistance de l'éosinophilie est expliquée par la présence d'helminthes.

La cure de ce jeune adénoïdien est complète. Elle prouve l'intérêt qu'il y a à appliquer la gymnastique respiratoire rationnelle dans tous les cas de déformation thoracique, et particulièrement à la suite de l'opération adénoïdienne.

---

ABCÈS CÉRÉBRAL D'ORIGINE OTIQUE DU COTÉ GAUCHE  
DIAGNOSTIQUÉ ET OUVERT. — SURVIE D'UN MOIS. —  
MORT PAR INFECTION VENTRICULAIRE.

Par **H. LUC** (1).

*M<sup>me</sup> Jout...*, 44 ans. — *Début.* — Le 9 février, grippe qui donne lieu, une quinzaine de jours plus tard, à une otite. Paracentèse pratiquée dès le lendemain par un spécialiste. Bientôt après, douleurs mastoïdiennes, spontanées et à la pression.

Le 19 mars, la malade m'est adressée. Je constate un léger empâtement sous la pointe et décide l'ouverture de l'apophyse pour le lendemain.

20 Mars. — *Première opération : ouverture mastoïdienne.* — Je trouve une vaste cavité osseuse remplie de pus, s'étendant jusqu'à la pointe et un commencement de fusée sous le sterno-mastoïdien. La pointe est réséquée et la fusée cervicale largement ouverte. Plaie laissée complètement ouverte ; pansements humides, renouvelés chaque jour. Au bout de huit jours, la fièvre étant tombée et l'oreille ne coulant plus, les pansements humides sont remplacés par des pansements secs à la gaze stérilisée.

La malade quitte la maison de santé le 5 avril et vient s'y faire panser régulièrement chaque jour. La plaie, très vaste au début, se rétrécit rapidement, et le travail de cicatrisation fait de sensibles progrès d'un jour à l'autre.

11 Mai. — La malade étant restée deux jours sans venir se faire panser, je note un peu d'écoulement purulent fétide provenant de l'angle supérieur de la plaie, et je constate quelques fongosités à ce niveau. En même temps l'oreille a commencé à suppurer. J'émetts la supposition qu'il s'agit là d'une légère réinfection de la caisse, qui déverse à la fois son pus par le conduit et par l'aditus (que j'avais soigneusement élargi lors de mon intervention). La

(1) Communication faite à la Société médicale du VI<sup>e</sup> arrondissement, le 28 octobre 1907.

caisse est soigneusement lavée et cesse de nouveau de couler après une huitaine de jours de pansements.

*16 Mai.* — Grattage des fongosités situées à l'angle supérieur de la plaie, après anesthésie avec le Bonain.

*22 Mai.* — La suppuration continuant, légèrement fétide, au même niveau, nouveau curettage qui m'amène au curettage de la dure-mère, au-dessus du tegmen.

Les jours suivants, la malade accuse des douleurs frontales immédiatement au-dessus de la racine du nez. En même temps, fièvre légère et passagère. Température rectale le 24 au soir : 38°,4. le 25, soir : 38°,7. Le lendemain, la fièvre tombe pour ne plus reparaitre.

Cependant, dès le 23 mai, soupçonnant un commencement d'infection intracrânienne, j'avais fait rentrer la malade à ma maison de santé, et j'avais décidé de pratiquer le surlendemain une vaste dénudation de la dure-mère, dont l'exploration me semblait indiquée.

*25 Mai.* — *Deuxième opération : dénudation et désinfection de la dure-mère.* — Cette dénudation est pratiquée, après chloroformisation, sur une étendue de plus de 2 centimètres carrés, immédiatement au-dessus du tegmen, là où cette membrane est trouvée fongueuse. Lavages avec de l'eau oxygénée, puis pansements humides, la plaie étant laissée largement ouverte.

Après réflexion, je me décide à m'en tenir là pour cette fois, d'autant plus que la ponction lombaire m'a donné un liquide parfaitement limpide, dans lequel le Dr Monier-Vinal n'a découvert aucun élément figuré. Je me dis que, en cas d'aggravation de l'état de la malade, il me sera facile de franchir la dure-mère laissée largement découverte.

Les jours suivants, augmentation de la céphalalgie (surtout frontale), sans accompagnement de fièvre ni de ralentissement du pouls. Je crois devoir attribuer ces douleurs de tête à la ponction lombaire.

Le 1<sup>er</sup> juin, j'étais sur le point de ponctionner le lobe sphénoïdal, quand une détente se produisit dans la céphalalgie, accompagnée du retour de l'appétit, qui avait été languissant les jours précédents.

Le 6 juin, à la veille du jour où je me disposais à opérer le transfert de ma maison de santé à une autre adresse, la malade se sentant mieux, bien que non exempte encore de céphalée, surtout la nuit, m'exprime son intention de réintégrer chez elle, promettant de revenir chaque jour se montrer et se faire panser.

Le lundi, 10 juin, jour de notre déménagement, il nous est impossible de la recevoir comme à l'ordinaire. Or précisément ce jour-là elle présente un ensemble de signes caractéristiques d'un abcès encéphalique. (Je rappelle que ses lésions siégeaient à gauche.) D'une part, d'après le récit de sa fille, elle éprouve une impossibilité à nommer certains objets; d'autre part, elle emploie des désignations erronées, nommant *violon* une pendule, disant *dix sous* au lieu de *dix francs*, etc.

En même temps sa céphalalgie augmente, au point de l'empêcher de dormir; son appétit diminue, et elle perd sa gaité et son entrain habituel.

Le mardi, 11 juin, s'étant levée et mise à table pour déjeuner, elle laisse tout à coup tomber son couteau, en même temps que son visage pâlit et que son regard devient fixe. Après quelques instants de perte de connaissance non accompagnée de chute, elle se remet à parler et à manger. Après le repas, elle demande à s'étendre sur un lit, toute habillée, et demeure dans cette position sans dormir, mais sans parler, pendant plusieurs heures. A 4 heures et demie, elle déclare se sentir assez bien pour se rendre à ma maison de santé, où elle se fait conduire en voiture, après avoir descendu les escaliers de sa maison.

A son arrivée, elle est prise de nausées et demande une cuvette, mais ne vomit pas.

Cependant elle devient de plus en plus pâle, son nez se pince, ses yeux se cernent et perdent toute expression, et elle présente un état de réfrigération intense, le thermomètre marquant 35° dans le rectum.

Tel est l'état dans lequel je la trouve à 6 heures, immobile sur le lit où elle a été déposée.

Son pouls est très petit, mais non ralenti. Cette fois il ne m'est plus possible de mettre en doute l'existence d'un abcès encéphalique, et je prends mes dispositions pour en pratiquer l'ouverture dès le lendemain matin. Ma maison de santé étant à peine installée et ne pouvant se prêter à cette intervention, je fais transporter la malade à la maison des Sœurs Augustines, située dans le voisinage. A son arrivée, elle est prise d'un vomissement bilieux.

12 Juin. — *Troisième opération : ouverture de l'abcès cérébral.* — Chloroformisation légère pratiquée par le Dr Fournié. Après l'ouverture de la plaie primitive, rugination de ses bords et élargissement de la dénudation précédente de la dure-mère, cette membrane est incisée à sa partie la plus déclive, et le lobe sphénoïdal



est ponctionné avec un bistouri étroit. A une profondeur de 3 centimètres, la collection purulente est atteinte. Il s'écoule, avec battements, deux cuillerées à soupe environ de pus non fétide et imparfaitement lié. Je substitue aussitôt au bistouri le drain métallique avec trocart de Ballance, pourvu de deux œillères, permettant de le fixer autour de la tête au moyen de deux cordons et plongeant dans le tissu cérébral à une profondeur de 3 centimètres. Par ce drain mis en place, je laisse couler goutte à goutte de l'eau oxygénée à 12 volumes, tiédie, dans la cavité de l'abcès. Ensuite un pansement humide est appliqué autour du drain.

A la suite de l'opération, la malade reste assoupie deux heures environ. A son réveil, elle accuse un grand soulagement et présente un état émotif se traduisant par des larmes et des protestations de reconnaissance à l'égard de son opérateur. Son pouls a repris de la force et marque 88. Température matin, 37°, 2; température soir, 37°, 5. Le soir, elle se plaint d'une vive douleur dans l'œil gauche et passe une nuit assez agitée.

*Jeudi, 13 juin.* — En changeant le pansement, je constate que tout écoulement de pus par le drain a cessé. Celui-ci est resté en place. J'y introduis un petit tampon monté sur un mince stylet, afin de m'assurer qu'il n'est pas oblitéré; puis j'y verse, comme la veille, de l'eau oxygénée. Après quoi, le pansement humide est rétabli. Pas de fièvre, pouls normal.

L'amnésie a, en grande partie, disparu. Toutefois la malade (qui est espagnole) ne peut toujours pas trouver la désignation de certains objets qui lui sont montrés : notamment les mots *lapiz* (crayon), *dedo* (doigt).

État de plus en plus satisfaisant, les jours suivants : retour de la gaieté et de l'appétit.

*Lundi, 17 juin.* — A ma visite du matin, je trouve la malade moins bien : elle n'a toujours pas de fièvre, mais elle est sans gaieté et légèrement prostrée. Craignant de la rétention purulente, je retire le drain métallique et je pratique une exploration attentive du trajet intracérébral au moyen du long et mince spéculum bivalve imaginé par Killian pour l'opération sous-muqueuse des déviations de la cloison nasale. N'ayant découvert aucune trace de pus en rétention, je substitue au drain métallique un drain plus fort en caoutchouc, percé de trous latéraux, que je maintiens en position au moyen d'un épais fil de soie, qui, traversant la partie libre du drain, est fixé autour de la tête. Abondant lavage avec eau oxygénée, puis pansement humide.

*18 Juin.* — État de nouveau très satisfaisant, retour de la gaieté

et de l'appétit. En outre, disparition de toute trace d'amnésie : pour la première fois, la malade désigne exactement un *doigt* et un *crayon*.

L'examen du pus cérébral, pratiqué par M. Monier-Vinal, a donné les résultats suivants : dans les frottis faits sur lames, on a constaté des staphylocoques assez nombreux. Cette espèce microbienne est, d'autre part, la seule qui ait été notée dans les cultures faites avec le pus sur gélose et en bouillon. Enfin des cultures ayant été pratiquée en milieux anaérobies pour rechercher s'il y avait des microbes anaérobies, tous les tubes sont restés stériles.

**24 Juin.** — Depuis le 18 juin, l'état de la malade est demeuré stationnaire et en somme satisfaisant, puisqu'elle continue à n'avoir pas de fièvre, qu'elle n'accuse aucun malaise et que tout trouble aphasique a disparu chez elle. Chaque jour le pansement a été renouvelé comme précédemment. Aujourd'hui, le drain est raccourci de 1 centimètre ; mais, avant de la raccourcir davantage, je songe à faire faire un nouvel examen bactériologique du pus, qui s'écoule encore, d'ailleurs en très petite quantité, de la cavité cérébrale. A cet effet, après avoir enlevé le drain pour le nettoyer, je recueille un nouvel échantillon de pus qui est adressé à M. Monier-Vinal.

**30 Juin.** — L'examen du pus y a encore révélé le présence d'abondants staphylocoques. L'inoculation d'une partie de pus à un cobaye par injection sous-cutanée a provoqué la formation d'un abcès, mais non la mort. J'en conclus à la nécessité de ne raccourcir le drain que très progressivement ; et, en fait, dans l'intervalle entre le 24 juin, et le 3 juillet, le tube n'est raccourci que de 1 centimètre. Il semble bien que le foyer cérébral diminue proportionnellement de profondeur ; tandis, en effet, que cette profondeur, mesurée avant le 24 juin, atteignait 3 centimètres et demi, une sonde ne peut plus y pénétrer, le 3 juillet, qu'à la profondeur de 2 centimètres et demi.

**3 Juillet.** — La quantité de pus qui s'écoule encore du foyer cérébral est insignifiante. Un échantillon de ce pus est recueilli en vue d'un nouvel examen bactériologique.

**4 Juillet.** — L'état général de la malade continue d'être satisfaisant. Elle a un excellent appétit, se lève dans la journée, se plaignant d'une céphalalgie vague dans son siège et peu intense et d'un peu de douleur dans la moitié gauche du cou, sans que la palpation de cette région y révèle rien d'anormal.

Depuis hier, tendance à l'hypothermie ; en effet, la température rectale, qui depuis l'ouverture de l'abcès cérébral n'avait cessé

d'osciller du matin au soir entre 37° et 37°,5 est descendue hier à 36°,5, et ce matin à 35°,5.

**5 Juillet.** — La température rectale remonte à un chiffre normal. En même temps, cessation de toute douleur de tête. Excellent appétit. Retour progressif des forces. La malade reste levée une grande partie de la journée. Le drain est raccourci chaque jour de quelques millimètres.

**7 Juillet.** — Nous recevons la réponse du Dr Monier-Vinal, relative à l'examen bactériologique du troisième échantillon de pus qui lui a été confié.

Cet échantillon ne contenait plus qu'une minime proportion de staphylocoques.

**9 Juillet.** — Encore légère hypothermie (36°,5 dans le rectum), dont nous ne croyons pas devoir nous préoccuper, l'état général étant de plus en plus satisfaisant et la fistule cérébrale ne laissant écouler à chaque pansement qu'une petite gouttelette de pus. Le drain est encore raccourci au point de ne pénétrer qu'à une profondeur de 10 à 12 millimètres dans le cerveau.

Préalablement, j'ai instillé dans la fistule cérébrale d'abord quelques gouttes d'eau oxygénée, comme les jours précédents, puis, après étanchement, quelques gouttes d'une solution d'argyrol à 5 p. 100, en vue d'achever de désinfecter le foyer, en prévision de la suppression complète du drain.

**10 Juillet.** — Il y a exactement un mois que l'abcès cérébral a été ouvert. La température rectale est, ce matin, à 36°,7. La malade est toujours gaie, a bon appétit. Pourtant elle se plaint d'un état légèrement vertigineux et dit qu'elle voit un peu trouble et sombre. Pas de trace d'amnésie ni d'aphasie.

L'état local est on ne peut plus satisfaisant.

Il ne s'écoule plus de pus de la fistule cérébrale, dont la profondeur ne dépasse guère 15 millimètres.

**11 Juillet.** — L'état de la malade s'est manifestement empiré depuis hier. Elle n'a plus d'appétit. Elle est absorbée et triste, se plaignant, non de céphalalgie, mais d'une lourdeur générale de tête. En enlevant son drain, je trouve un peu de pus dans le trajet. Soupçonnant de la rétention dans la profondeur du foyer non atteint par le drain très raccourci, j'y introduis le drain-troiquart métallique de Ballance. A la profondeur de 3 centimètres, j'obtiens l'écoulement de liquide céphalo-rachidien, provenant vraisemblablement de la cavité ventriculaire anormalement distendue, puisque, il y a un mois, elle n'était pas atteinte par ce même drain.

A 11 heures du matin, lors du pansement, la malade présente

un état de réfrigération marquée. La température rectale est de 36°,8 et son pouls, à peine perceptible, bat 98.

A 5 heures, sa gaité et son entrain sont revenus. Le visage a repris de la couleur. La température rectale est de 36°,9. Le pouls plus fort bat 104.

L'examen des pupilles, pratiqué à six heures du soir par M. le Dr Degandt, n'y révèle ni œdème ni étranglement.

Dans la soirée, la malade dine de bon appétit et continue d'être gaie. Elle ne présente pas d'aphasie.

Brusquement, à dix heures du soir, elle se plaint de nausées et de frissons. La température rectale, prise à ce moment, marque seulement 37°,2. Elle a deux vomissements alimentaires. Deux heures plus tard, elle perd connaissance.

*12 Juillet, matin.* — Je la trouve toujours sans connaissance. Le pouls est petit et marque plus de 100° à la minute.

Séance tenante, je pratique une ponction lombaire, qui donne un liquide trouble, opalescent, mais non purulent.

Immédiatement après, à dix heures du matin, la malade étant chloroformée, je procède avec l'aide de mon collègue Guisez à une nouvelle exploration du lobe temporo-sphénoïdal.

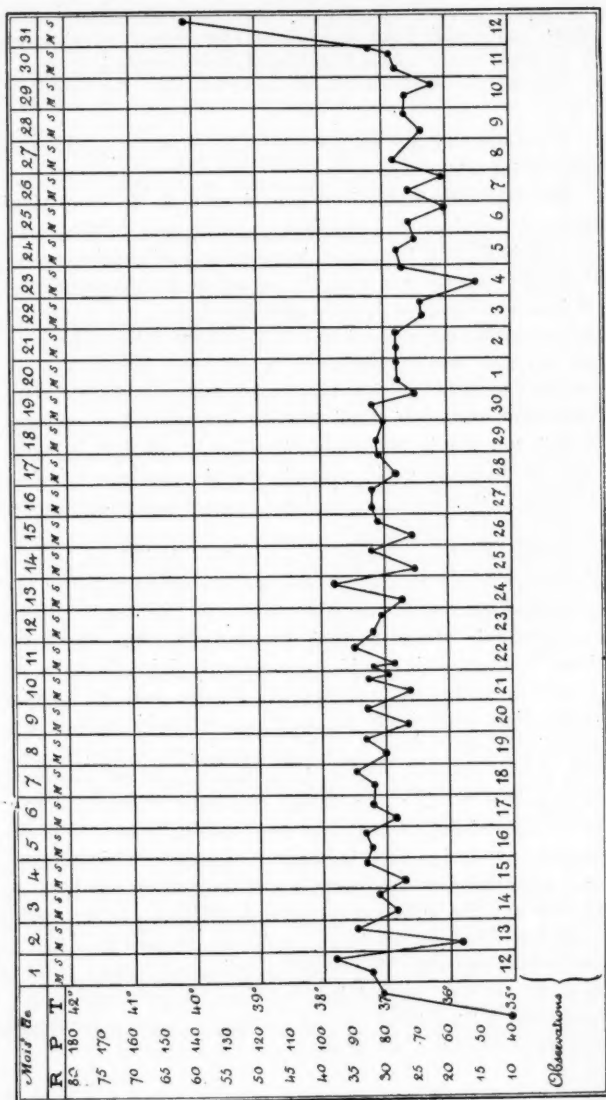
Pour cela, la région mastoïdienne est dénudée sur une vaste étendue, et la dure-mère, dénudée à son tour jusqu'au sinus sigmoïde, est incisée d'avant en arrière, à partir de la fistule cérébrale jusqu'à ce sinus. Le long spéculum nasal bivalve de Killian est alors introduit dans le foyer cérébral à une profondeur d'environ 3 centimètres ; puis ses branches sont écartées légèrement.

Il s'écoule surtout du sang mélangé d'une minime quantité de pus provenant du foyer primitivement ouvert ; mais on ne peut dire qu'il existait là une collection purulente nouvellement formée et en rétention. Le petit doigt introduit dans le foyer se meut à l'aise dans une cavité paraissant avoir les dimensions d'un petit œuf de poule.

Lavage du foyer avec de l'eau oxygénée, qu'on laisse tomber goutte à goutte dans la fistule maintenue ouverte avec le spéculum de Killian, puis insufflation d'iodoforme et introduction de deux gros drains de caoutchouc maintenus en position au moyen d'un fort fil de soie, qui, après avoir traversé leur extrémité libre, est fixé autour de la tête.

Gaze iodoformée autour des drains. Pansement complété par gaze stérilisée et ouate.

La malade ne se réveille pas de son coma. Grande agitation



dans l'après-midi. Pouls de plus en plus fréquent et filiforme  
La température rectale à six heures du soir monte à 40°,1.

13 Juillet. — Mort à une heure de l'après-midi. Pas d'autopsie.

L'histoire clinique qui précède nous paraît présenter plus d'un point intéressant.

Elle nous offre d'abord un nouvel exemple de l'important appoint fourni par le symptôme *aphasie* pour le diagnostic de l'abcès du lobe temporo-sphénoïdal du côté gauche; nous y trouvons en outre une nouvelle preuve de la remarquable et si trompeuse latence de cette affection et de l'extrême gravité de son pronostic, gravité qui se dissimule longtemps pour un œil non exercé, après que la collection purulente a été ouverte, mais qui persiste tant que le foyer n'a pas été complètement désinfecté et qui finit par se révéler, à un moment donné, soit par le fait d'une rétention du pus dans le foyer, dont le drainage a été prématurément supprimé, soit à la suite de l'extension de l'infection à l'espace sous-arachnoïdien ou à la cavité ventriculaire.

En fait, dès le lendemain de l'ouverture de l'abcès jusqu'à l'avant-veille de sa mort, notre malade donna à toutes les personnes qui eurent l'occasion de la voir l'impression d'une convalescente sortie de tout danger: elle allait et venait dans la maison de santé, se montrant pleine de gaité et d'entrain, mangeant avec appétit. D'autre part, sa température était normale, et elle jouissait de la plénitude de ses facultés intellectuelles, à part un reste léger d'amnésie verbale qu'elle conserva pendant les premiers jours qui suivirent l'évacuation de son abcès. Et son état local ne semblait pas moins satisfaisant, l'écoulement de pus par la fissure cérébrale étant devenu insignifiant, tandis que l'examen bactériologique, que nous faisions pratiquer à des intervalles réguliers, y révélait une diminution progressive des éléments pathogènes.

Je dois dire que ma triste expérience en matière d'abcès cérébral m'empêchait de partager l'optimisme de mon entourage. Et, en fait, malgré les conditions exceptionnellement favorables inhérentes à ce cas particulier, l'abcès ayant pu être diagnostiqué et ouvert alors que l'état général était resté

relativement bon, et que toute suppuration avait cessé dans le foyer osseux primitif, et malgré le soin et la prudence extrêmes que j'apportai dans la tâche si délicate du drainage consécutif, utilisant de mon mieux les fautes que j'avais conscience d'avoir commises aux dépens de mes opérés antérieurs, cette dernière malade finit par succomber à son tour, alors que toutes les apparences faisaient espérer sa prochaine guérison.

Au point de vue symptomatique, son cas présente quelques particularités méritant d'être signalées, car elles mettent une fois de plus en évidence l'extrême variété d'expression clinique de l'abcès encéphalique.

A aucun moment de l'évolution de son encéphalite, notre malade ne présenta le ralentissement du pouls, signe classique que j'avais moi-même constaté chez plus d'un de mes malades antérieurs.

En revanche, un symptôme d'ailleurs signalé par Körner dans son traité classique des complications intracrâniennes de l'otite suppurée, *l'abaissement de la température centrale*, se montra ici à un degré très marqué. La veille du jour où l'abcès fut évacué, le thermomètre introduit dans le rectum ne marquait que 35°. Dès le lendemain, la température rectale se relevait à 37°,8, et, pendant la quinzaine suivante, elle oscillait entre 37° et 37°,5. Pendant les dix jours qui précédèrent la mort, elle descendit de nouveau au-dessous de 37°, oscillant entre 36°,8 et 36°, descendant même le 4 juillet à 35°,5, et cette nouvelle réfrigération centrale était sans doute en rapport avec le début de l'infection ventriculaire. Ce n'est que lors de la généralisation ultime de l'infection intracrânienne que d'un bond la température centrale s'éleva de 36°,8 à 40°.

Nous avons maintenant un premier point à élucider : la nature et le mécanisme des accidents ultimes ; nous aurons ensuite à rechercher si des fautes furent commises dans l'exécution du traitement postopératoire et si les accidents en question auraient pu être évités.

En dehors de l'enseignement péremptoire de l'autopsie, qui nous fit malheureusement défaut ici, nous croyons pouvoir

incriminer avec la plus grande vraisemblance l'infection ventriculaire comme ayant provoqué chez notre malade le dénouement fatal. Il existait en effet manifestement un état d'hydrencéphalie marquée, le 11 juillet, l'avant-veille de la mort, lorsque la malade, jusque-là si gaie et si normale dans son état intellectuel, commença à se plaindre d'inappétence, de lourdeur de tête et à se montrer absorbée et triste. Or ce même jour, soupçonnant de la rétention purulente dans le foyer cérébral et pour cela ayant voulu rétablir le drainage à sa profondeur primitive en introduisant à nouveau dans la fistule le drain métallique de Ballance, dont la longueur est calculée pour ne pas pénétrer dans le tissu cérébral à plus de 3 centimètres de profondeur, je donnai issue, non au pus soupçonné, mais au liquide ventriculaire. Au contraire, un mois auparavant, ce même drain, placé à la même profondeur, n'atteignait pas la cavité ventriculaire. Cette cavité s'était donc distendue depuis, et quelle pouvait être la cause de cette distension, sinon l'infection ? Il est évidemment regrettable pour la rigueur de nos déductions qu'un échantillon de ce liquide n'ait pas été alors recueilli et examiné. Mais une ponction lombaire pratiquée dès le lendemain établissait nettement l'infection du liquide céphalo-rachidien.

L'interprétation du mécanisme de cette infection ne présente évidemment aucune difficulté : la collection purulente trouvée par nous le 12 juin dans le lobe temporo-sphénoïdal, à une profondeur de 3 centimètres, était assurément déjà très voisine alors de la cavité ventriculaire, surtout si nous tenons compte de la zone d'encéphalite qui s'étend toujours à une certaine distance de la cavité purulente.

Il est donc assez naturel d'admettre que, tandis que l'abcès était drainé vers l'extérieur, l'infection se propageait sournoisement à travers la mince bande de tissu cérébral séparant la cavité de l'abcès de celle du ventricule.

Cette infection dans la profondeur pouvait-elle être évitée ? Et comment ?

En intervenant plus tôt ? Peut-être. En fait, dès le 23 mai, prenant en considération la fièvre rémittente et la céphalalgie frontale de la malade, je commençai à flairer chez elle une



complication intracrânienne, mais la dénudation de la dure-mère, pratiquée le surlendemain, ayant révélé l'existence d'une pachyméningite externe des plus nettes, lésions qui expliquaient parfaitement les symptômes précédents, je considérai comme mon devoir de m'en tenir là provisoirement. Je rappelle que la ponction lombaire, pratiquée le même jour, avait donné issue à un liquide normal. Les jours suivants, la fièvre était complètement tombée. La malade accusait, il est vrai, encore un peu de céphalalgie, mais nous avions affaire à une malade quelque peu névropathe, se plaignant à tout propos, et d'ailleurs la douleur de tête nous paraissait parfaitement pouvoir être considérée comme la conséquence de la ponction lombaire. Malgré tout, je continuais d'envisager l'hypothèse d'un abcès encéphalique et, étant donné que les lésions siégeaient à gauche, presque chaque jour *je recherchais activement l'aphasie*. Or ce ne fut que le 10 juin que ce symptôme fit son apparition. Malheureusement une circonstance fortuite m'empêcha de voir la malade ce jour-là comme d'habitude ; mais, ayant pu l'examiner, le 11 dans la soirée, je posai sans plus d'hésitation le diagnostic d'abcès cérébral et, en même temps, l'indication de l'opération, que je pratiquai dès le lendemain 12 juin. Il ne me semble pas que ce seul retard d'un jour (d'ailleurs bien indépendant de notre volonté), ait pu avoir une influence sérieuse sur la marche ultérieure des choses.

L'abcès trouvé et évacué, restait la tâche de le drainer, que je ne suis pas seul à considérer comme la partie la plus délicate du traitement de l'abcès encéphalique. Je crois y avoir apporté cette fois toute la prudence possible, me servant d'un drain de fort calibre assujetti, grâce au mécanisme exposé plus haut, de façon à ne pouvoir ni se perdre dans la cavité pathologique, ni en sortir. Tout lavage du foyer, pouvant favoriser la dissémination des germes dans la parenchyme cérébral si facile à infecter, fut soigneusement évité. Je me contentai de laisser tomber chaque jour dans le trajet quelques gouttes d'eau oxygénée préalablement tiédie. D'autre part, j'eus soin de ne raccourcir ce drain que de la façon la plus graduelle et avec une extrême lenteur, la longueur primitive du tube, qui était de 3 centimètres, n'ayant été réduite à 12 mil-

limètres qu'au bout de trois semaines, et cela à la suite de plusieurs examens bactériologiques du pus, qui avaient établi la diminution progressive des staphylocoques. D'ailleurs, je dois faire remarquer que le drainage n'avait pas été complètement supprimé, lorsque éclatèrent les signes de l'infection ventriculaire.

Alors à quelle conclusion aboutir? Devons-nous admettre qu'il eût été préférable de maintenir le drainage à sa profondeur primitive, tant que l'examen du pus y révélait la présence du microbe pathogène? Le drainage eût évidemment menacé de s'éterniser dans ces conditions; mais c'est évidemment là une conclusion très rationnelle, et je compte en faire mon profit pour l'avenir.

Sans doute aussi la désinfection du foyer aurait été mieux réalisée grâce à une trépanation de l'écaille du temporal permettant une seconde ouverture supérieure du lobe tempéro-sphénoïdal et la mise en place d'un drain traversant tout le foyer et dont les deux bouts seraient ressortis par les deux brèches. Cette manœuvre est très vantée par les opérateurs qui en ont usé. Mon ami, le D<sup>r</sup> Bellin, l'a employée avec succès dans un cas dont il a donné communication, cette année même, à la *Société d'otologie française*.

En dépit de toutes ces réflexions et des critiques que je dois devoir m'adresser après coup, je garde la conviction que le traitement de l'abcès cérébral représente une des tâches les plus ardues, les plus ingrates et les plus décevantes qui puissent nous incomber dans notre carrière otologique, et que peut-être les statistiques opératoires seraient moins brillantes si les chirurgiens apportaient autant d'empressement à livrer à la publicité leurs cas malheureux qu'ils en montrent à faire connaître leurs succès opératoires.

---

### III

#### DEUX CAS DE MACROGLOSSIE.

Par **J. BRAULT**,

Professeur de clinique à l'École de médecine d'Alger.

Il est toujours bon, en chirurgie, de revoir certains malades à longue échéance ; c'est pour cela que je me permettrai d'abuser un instant de votre bienveillante attention.

Il y a un peu moins d'une douzaine d'années, dans un petit village au flanc de la Bouzareah, habitaient deux familles. Dans l'une, il y avait une jeune Espagnole encore adolescente, présentant une macroglossie très développée ; dans l'autre, existait une jeune femme très nerveuse, très impressionnable, enceinte de son deuxième enfant : c'est cet enfant qui va faire le sujet de notre première note.

Je ne vais faire que résumer l'observation qui a été publiée *in extenso*, il y a dix ans, dans les *Annales des maladies des oreilles et du larynx* ; aussi bien, comme je l'ai dit tout à l'heure, c'est surtout pour vous montrer un résultat éloigné que j'ai pris la parole (1).

OBSERVATION I. — Peu de temps après la naissance, les parents avaient bien vu que l'enfant avait la langue et le menton un peu forts (2), mais ce n'est qu'à six mois, au moment des premières dents, qu'ils s'aperçurent nettement de la difformité.

L'enfant fut soigné ; on constata une macroglossie et une fausse grenouillette ; un traitement électrolytique fut institué ; mais, après un semblant de succès, il y eut une accélération rapide de la marche de l'affection, et, le 4 mars 1897, le petit G..., âgé de dix-sept mois, nous fut apporté à la clinique infantile. L'enfant asphyxiait et ne

(1) Communication au Congrès d'Alger, avril 1907.

(2) Ce qui montre bien que l'affection était congénitale et doit être rapprochée de ce qu'on a appelé l'éléphantiasis congénital.

pouvait plus rien avaler; la langue, qui sortait à l'extérieur, remplissait la bouche, était d'ailleurs bosselée en arrière et obstruait le pharynx; le plancher de la bouche était le siège d'une tuméfaction énorme, de même que les deux régions sous-maxillaires et le côté gauche de la face; on y sentait des ganglions volumineux, des paquets lymphatiques et de petites dilatations kystiques; il y avait aussi de la fièvre (38 à 39°).

J'intervins le 5 mars; large amputation conoïde de la langue (1), guérison rapide; mais, quelques jours après la sortie de l'hôpital, nouvelles alarmes. L'éruption des premières molaïres inférieures se fait mal; je dois inciser les gencives, et il me faut ponctionner les dilatations kystiques des lymphangiomes cervico-faciaux, dans lesquels nous trouvâmes d'ailleurs du pneumocoque.

Par la suite, tout s'amenda et rentra dans l'ordre; la langue resta seulement asymétrique avec prédominance du côté gauche.

L'examen histologique, publié en détail à l'époque, nous a montré une hypertrophie assez nette de la couche papillaire; les faisceaux musculaires étaient dissociés; on constatait entre eux de vastes lacunes: les unes vides ou à contenu leucocytaire; les autres contenaient des globules sanguins. Les vaisseaux sanguins paraissaient ectasiés. En certains points, on remarquait des amas de cellules jaunes. En somme, il s'agissait d'une variété mixte: lymphangiome et angiome.

D'ailleurs, treize mois après ma première observation, j'ai donné, dans les mêmes *Annales*, les résultats secondaires de mon intervention, et j'ai fait figurer une photographie de la coupe des tissus.

Là s'arrêtent les anciennes *données* relatives à ce cas.

Depuis, j'ai toujours suivi le petit G... Toutes les fois qu'il a eu des affections intercurrentes un peu sérieuses, la langue a légèrement grossi; une seule fois, en 1900, il y a eu une alerte un peu plus sérieuse, qui a cédé à l'antisepsie buccale et à quelques piqûres de chlorure de zinc à 1 p. 40. Les piqûres ont été faites à cinq ou six reprises.

Actuellement, comme vous allez pouvoir en juger, on voit encore un sillon, trace de notre intervention, sillon qui partage la langue en deux portions inégales, la gauche restant un peu prédominante; l'organe est rouge, violacé, légèrement montagneux et parsemé de petits points frambœsoïdes, qui se retrouvent encore davantage dans la région sublinguale, sur le plancher de la bouche, resté un peu gros.

(1) Après hémostase avec deux longues pinces placées en V.

Par ailleurs, on ne sent plus que quelques ganglions sous-maxillaires, qui roulent, et on remarque encore un petit gonflement à gauche à la place des anciens lymphangiomes.

La deuxième dentition est faite, mais elle est assez irrégulière; l'enfant est dans sa douzième année; il n'est nullement en retard et bavarde beaucoup trop au dire de ses parents; depuis 1900, c'est-à-dire depuis sept ans, il n'a pas eu de nouvelle alerte. En somme, le résultat s'est maintenu très bon. Cette année même, le petit G... a remporté un prix de diction au lycée.

Avant de passer à l'examen du petit G..., je vais rapporter brièvement une deuxième observation, celle-là d'ailleurs inédite.

OBSERVATION II (*inédite*). — La jeune fille dont j'ai parlé au début, voyant ce qui s'était passé chez notre petit malade, vint, cinq ans plus tard, me demander mon intervention (octobre 1901).

La jeune R..., à cette époque, était âgée de vingt-deux ans; elle présentait une langue énorme pendant hors de la bouche et descendant au-dessous du menton; pour dissimuler son infirmité, elle se voilait le bas du visage à la mauresque; sous la pression linguale, le rebord alvéolaire et les incisives de la mâchoire inférieure ont basculé et regardent directement en avant. Elle a le caractère un peu aigri, en raison de son infirmité, mais elle n'a pas la moindre obnubilation intellectuelle. Avec l'aide de MM. Antony et Battarel, je pratique l'amputation conoïde de la langue (procédé de Boyer), et je fais sauter les incisives. Guérison rapide, ablation des fils au bout de huit jours; au bout de trois semaines, la malade guérie se fait placer par un dentiste (M. Sintès) un appareil prothétique remplaçant les incisives perdues.

J'ai eu, pendant quelque temps, des nouvelles de cette deuxième malade, notamment deux ans après, tout allait bien; retournée en Espagne, elle avait même fait du prosélytisme, et les personnes qui m'ont donné de ses nouvelles venaient m'annoncer un nouveau cas, qui, d'ailleurs, pour des raisons que j'ignore, ne m'est pas parvenu.

Depuis, je n'ai pas eu de renseignements; ici, d'ailleurs, le cas, quoique plus ancien, était plus simple et ne comportait pas les immenses lymphangiomes que l'on trouvait chez le petit G... L'examen des coupes de la tumeur, dont j'ai ici des préparations, montre qu'il s'agit un peu du même processus à un autre âge; les dilatations lymphatiques sont moins larges et moins nombreuses; mais, en revanche, on observe d'énormes trousseaux fibreux dissolvant les faisceaux musculaires; enfin la tendance à l'angiome est moins marquée que dans le cas précédent.

Les macroglossies du genre de celles que nous venons d'exposer (1) sont sujettes un peu aux mêmes retours que les poussées éléphantiasiques, avec lesquelles nous sommes aux prises dans ce pays, et il ne faut pas trop se presser de proclamer la guérison définitive. Il faut, dans la jeunesse, redouter surtout la dentition, qu'il faut aider et surveiller; plus tard, il faut entretenir le plus possible la propreté de la bouche et éviter, par une aseptie relative, les infections buccales; quand elles surviennent néanmoins, il faut les traiter de suite avec la plus grande rigueur et agir, je le répète, comme nous agissons pour prévenir les poussées lymphangitiques de l'*éléphantiasis nostras*.

(1) On sait qu'on en reconnaît en général trois espèces: lymphangiomateuse, angiomateuse, musculaire. Notre premier cas surtout était mixte; il y avait à la fois lymphangiome et angiectasie.

---

#### IV

### ÉLECTROLYSE PROFESSIONNELLE DE LA LANGUE.

Par **M. PHILIP** (de Bordeaux).

A côté des accidents du travail, longuement et minutieusement décrits à l'heure actuelle, il existe toute une série de maladies, ou de lésions, qui, pour se manifester plus ou moins longtemps après le travail, n'en ont pas moins une origine professionnelle. Parmi celles-ci, il en est une, fréquente et peu connue, qui frappe les électriciens en général et les ouvriers des téléphones en particulier, c'est l'électrolyse professionnelle de la langue. Le peu de gravité de ses symptômes, les dommages minimes qui en résultent l'ont rarement amenée dans les rapports des médecins légistes; mais le côté médico-légal se double de l'intérêt clinique, et c'est ce qui m'a engagé à en publier une observation typique.

Le 12 septembre 1906 vint me consulter pour une pharyngite légère M. M..., âgé de quarante ans, chef de service à la direction des téléphones, et c'est au cours de mon examen que je remarquai sur sa langue des lésions d'électrolyse intéressantes, étant donnée surtout leur origine professionnelle.

M. M..., qui n'a dans ses antécédents héréditaires ou personnels rien d'important à signaler, et notamment pas de syphilis, est électricien depuis l'âge de quatorze ans.

Dès cette époque, et depuis lors, comme la plupart de ses collègues, il a pris l'habitude, au cours de ses travaux, de s'assurer avec la langue du passage du courant électrique qu'il examine, de « goûter le courant », suivant son expression. Pour cela, il appuie légèrement de chaque côté de la pointe les deux extrémités des fils reliés aux pôles de la pile ou de la batterie. Une sensation particulière de fourmillement l'avertit que le circuit est bien fermé, en même temps qu'il perçoit un goût particulier à la cathode, dû à la production de chlorure cuivreux naissant. Cette expérience ne

peut être tentée qu'avec des courants de faible voltage, et le malade n'utilisait pour son travail que les batteries modèles de l'État, donnant une force électromotrice de 8 à 12 volts. Il eut quelquefois l'occasion de « goûter » le courant de certains circuits interurbains, fonctionnant sous une tension de 50 à 60 volts; mais l'épreuve produisait une secousse douloureuse. Si l'on tient compte maintenant de la résistance des appareils mis en circuit et de la longueur variable des canalisations téléphoniques, on voit que le malade recevait à chaque épreuve un courant de 50 à 100 milli-ampères, et cela tous les jours plusieurs fois. Des effets électrolytiques devaient se manifester malgré le peu de profondeur d'application du courant et la courte durée de son passage, mais à cause de son intensité et de la répétition quotidienne de ces faits.

Il y a deux ans, des picotements apparurent à la pointe de la langue; d'abord intermittents, ils ne tardèrent pas à devenir permanents, puis s'étendirent à 2 ou 3 centimètres de chaque côté de la pointe, occupant ainsi toute la zone d'épreuve. Mais en même temps se modifiait l'aspect objectif de l'organe.

Actuellement, la langue montre sur sa face supérieure, de chaque côté du sillon médian, des bandes blanchâtres, analogues à du tissu cicatriciel, et dirigées obliquement en arrière et en dedans sur une longueur de 1 centimètre et demi environ; ces bandes, qui franchent nettement par leur coloration sur la couleur rouge de la muqueuse, sont dépourvues de papilles. A mesure qu'on s'avance vers la pointe, ces bandes se rapprochent, s'unissent et forment de petites plaques allongées vers le sillon médian lingual. — Les dents sont toutes saines, et le malade ne fume pas. — Si l'on fait relever la pointe de la langue, on voit que sa face inférieure est normale; seuls les bords paraissent nettement festonnés.

Au point de vue physiologique, il était intéressant d'explorer la sensibilité de ces bandes et de ces plaques: La piqure y est très vaguement sentie, alors que partout ailleurs le malade réagit fort bien. Si l'on y applique un porte-coton imbibé d'une solution saline sucrée ou acide, on n'éveille aucune sensation gustative; le goût est au contraire parfaitement perçu dès qu'on en dépasse les limites.

Lorsqu'à travers un tissu on fait passer un courant galvanique de faible tension et d'intensité croissante, si les deux pôles en contact avec le tissu sont constitués par des élec-



trodes fines et pointues fixées dans sa trame, il se produit un phénomène électrique désigné sous le nom d'électrolyse. A son point d'insertion, la cathode ou pôle négatif s'entoure de petites bulles gazeuses et produit une destruction rapide des éléments parmi lesquels elle s'insère, tandis que l'anode ou électrode positive produit des effets plus lents, moins douloureux et hémostatiques. Dans ce cas, chacune des électrodes est active, et toutes deux agissent simultanément pour leur propre compte. Si, au contraire, on désire n'obtenir que l'action de l'une ou de l'autre, on remplace l'électrode dont on veut annihiler l'effet par une plaque mince d'aluminium recouverte de parchemin mouillé et qu'on place à même la peau, dont elle a la résistance. Cette plaque constitue l'électrode indifférente.

Dans les cas d'angiome, on utilise les propriétés hémostatiques de l'anode, et l'on fait l'*électrolyse monopolaire positive*. Par contre, on applique l'*électrolyse monopolaire négative* quand on veut détruire rapidement une tumeur fibreuse, une crête cartilagineuse de la cloison, etc. Pour pratiquer l'une ou l'autre, on utilise un courant continu de 15 à 20 volts, mais dont l'intensité ne doit pas dépasser 15 milliampères.

Ces données électriques succinctement rappelées suffisent pleinement à expliquer les phénomènes ressentis par notre malade ainsi que les lésions observées. Ces dernières ne peuvent être le résultat de traumatismes dentaires, sa dentition étant en parfait état, — ni d'irritations extérieures répétées, le malade ne fumant pas et ne buvant que fort peu; rappelons enfin qu'il n'a jamais présenté les moindres manifestations de syphilis. Il s'agit bien là de phénomènes électrolytiques, M. M... faisant à son insu de l'électrolyse, et de l'électrolyse forte de sa langue. Les deux électrodes, formées par l'extrémité aiguë de chaque fil, étaient chacune active et ont produit peu à peu leurs effets destructifs aux points d'application. Ces sillons blanchâtres, ces plaques que l'on remarque sur les bords et à la pointe de la langue, sont formés de tissu fibreux de cicatrice, qui a enserré dans ses mailles les ramifications terminales du nerf lingual destinées aux papilles

détruites. Ainsi le goût est aboli au niveau de ces zones cicatricielles. Ainsi se trouvent expliqués les phénomènes subjectifs douloureux éprouvés par le malade et dus à la compression de ces branches nerveuses par la trame du tissu fibreux néoformé.

---

## DES MASTOIDITES AIGUËS LATENTES.

Par **Jacques FOURNIÉ**,

Chef du Service d'oto-laryngologie à l'hôpital Péan.

## I

Cette appellation de mastoïdite aiguë latente demande à être expliquée. En juxtaposant ces deux termes, j'ai voulu marquer que ces mastoïdites font partie d'un processus inflammatoire plus ou moins aigu des voies auriculaires, mais que leur évolution propre, se substituant à celle de l'otite aiguë, si elle n'est pas absolument latente, ne se manifeste que par un syndrome extrêmement restreint et très atténué.

Une classification générale des mastoïdites aiguës rendra plus précise cette différenciation. Celle-ci tend à devenir assez complexe, au moins anatomiquement, grâce aux travaux de ces dernières années sur la structure de la mastoïde. Cet os, extrêmement malléable, semble appeler sur lui l'attention des chercheurs. Son tissu plus ou moins spongieux lui crée des cellules variées pouvant être le siège de suppurations localisées, intéressantes à connaître. Malgré leur diversité, quelques-unes se présentent d'une façon assez constante sous la gouge de l'opérateur. Cellules postérieures et inférieures périsinuales, cellules périantrales, cellules périfaciales et en particulier les cellules rétrofaciales minutieusement décrites par mon collègue et ami le Dr Bellin ont été l'objet d'anciennes et de récentes publications.

Les bien connaître et y penser au cours de l'acte opératoire, c'est ne pas risquer de faire une trépanation insuffisante. Leur importance diminue au point de vue d'une classification des mastoïdites, dont j'envisagerai surtout les rapports avec l'otite.

La mastoïdite aiguë franche, que nous observons si souvent avec ses symptômes objectifs et subjectifs classiques, est en rapport direct avec l'otite aiguë. Qu'elle survienne au cours de l'otite, qu'elle lui succède immédiatement ou qu'elle se manifeste quelque temps après la guérison de la caisse, ce sont toujours, sinon des phénomènes à grand fracas, au moins des symptômes d'acuité assez vive qui marquent son éclosion. Dans un autre ordre, l'otite a passé inaperçue; les germes septiques ont immigré dans la mastoïde; sous l'influence de conditions particulières, leur virulence s'y est donné libre cours, et nous assistons là encore à des symptômes aigus, locaux et généraux, c'est la mastoïdite aiguë soi-disant primitive.

S'écartant comme par degrés de ces formes franches de mastoïdites, d'autres formes, — celles-là nous intéressent, — formes subaiguës ou chroniques d'emblée, peuvent également accompagner une inflammation plus ou moins aiguë du territoire tubo-tympanique. Quelques-unes d'entre elles ont déjà fourni à la littérature otologique plusieurs observations, plus nombreuses sans doute dans la pratique journalière. Ici, l'infection, dans son début tubo-otique et plus encore dans son évolution mastoïdienne, présente une allure variable où se mélangent l'aigu et le subaigu. Toutefois ces formes cliniques se rapprochent beaucoup de celle que je décrirai tout à l'heure, en sont pour ainsi dire les stades qui y conduisent, en expliquent presque la possibilité.

Tantôt le malade a éprouvé les divers symptômes du catarrhe tubaire aigu sur lesquels je n'insiste pas : diminution de l'audition, bourdonnements, etc. Cette crise a pu être unique; assez souvent l'interrogatoire montre qu'elle n'est pas la première en date et que le sujet était enclin à congestionner sa muqueuse tubo-tympanique. Toujours est-il qu'une de ces poussées congestives, plus aiguë que les précédentes, va faire un pas en avant, et la mastoïdite éclôt.

Tantôt l'infection de la caisse est plus manifeste; le tympan se perforé; l'otorrhée s'établit, toutefois peu abondante; vient ensuite l'invasion mastoïdienne, immédiatement consécutive à l'écoulement ou parfois dans un laps de temps va-

riable, une à trois semaines, après la guérison complète de l'otite.

Quoiqu'il en soit de ces modes variables d'entrée en scène, le tableau clinique de ces mastoïdites présente un caractère commun, c'est l'opposition frappante qui existe entre les symptômes fébriles très modérés ou même nuls et les phénomènes douloureux. La température, quand elle existe, atteint à peine 38°. Les douleurs spontanées sont extrêmement variables. Le plus souvent elles ont un caractère névralgique. Tantôt auriculo-mastoïdiennes, constrictives, térébrantes, irradiant vers le crâne ou la face, elles s'exaspèrent dans des crises ordinairement nocturnes; tantôt au contraire elles sont peu intenses et localisées à la région mastoïdienne. C'est d'ailleurs moins leur intensité que leur constance qui leur donne une importance clinique. La douleur à la pression est également variable, prédominant d'ordinaire à la base et sur le bord postérieur de la mastoïde. L'état général réagit de son côté; parfois on note de l'excitation, plus souvent un facies déprimé; le malade éprouve une grande fatigue, surtout à la fin de la journée. Les autres symptômes locaux sont très atténués. Outre les signes subjectifs et objectifs de catarrhe tubo-tympanique, on peut sentir plutôt que voir une légère infiltration œdémateuse au niveau de la région mastoïdienne et des attaches sterno-mastoïdiennes. Ajoutons que cette évolution est particulièrement favorisée par les tares organiques, la tuberculose et surtout le diabète.

Le Dr Mignon, professeur au Val-de-Grâce, décrit la plupart de ces cas cliniques sous le nom de mastoïdites congestives en raison de leurs caractères anatomo-pathologiques. Il insiste sur la forme très atténuée qu'il a observée de l'infection de la caisse: « L'écoulement, dit-il, qui peut être considéré à juste raison comme le meilleur critérium de l'intensité de l'inflammation, a toujours été très peu abondant et de courte durée; il était séreux ou séro-purulent. » Nous allons voir qu'il n'en est pas toujours ainsi. Une forme clinique, qu'il m'a été donné d'observer deux fois et qui n'a pas, je crois, encore été décrite, peut se présenter.

## II

Le malade fait une *otite aiguë franche* avec réaction fébrile, écoulement profus; puis tout se calme, l'otite guérit, le tympan se ferme. Mais *sans interruption* cette inflammation aiguë de la caisse est suivie d'une inflammation mastoïdienne, que la présence de quelques symptômes *permet de constater* et qui évolue *d'emblée sous le couvert de la chronicité* pendant un mois, deux mois, peut-être plus, sans qu'on puisse, au moins dans mes observations, la rattacher à une tare organique quelconque.

OBSERVATION I. — Otite aiguë après catarrhe aigu des muqueuses rhinopharyngées. Dure environ quinze jours. Guérison, mais la mastoïde reste douloureuse à la pression, au niveau de la base de la pointe et du bord postérieur; pas de température, quelques maux de tête vagues. Trépanation au bout d'un mois.

OBSERVATION II. — M<sup>me</sup> ..... 34 ans, est atteinte de grippe le 6 janvier 1907. Le 10, elle ressent de vives douleurs dans l'oreille gauche; après deux nuits d'insomnie, le tympan cède spontanément à la poussée inflammatoire, et l'otorrhée s'établit très abondante. Soignée de pair avec la grippe, cette otite aiguë était *guérie à la fin de janvier*. La malade avait eu une forte fièvre, mais je n'ai pu avoir la courbe exacte de la température, qui, d'ailleurs, pouvait être attribuée autant à l'état grippal assez accusé qu'à la localisation auriculaire de l'infection. La température tombe en février. Il ne reste, comme trace de cette complication grippale, qu'une douleur mastoïdienne à la pression.

Le médecin, inquiet de cette douleur, qui persistait encore au milieu de mars, signale à la malade les dangers auxquels elle est exposée et la presse de faire opérer sa mastoïde. C'est le 46 mars qu'elle se décide à venir me voir.

L'examen des oreilles montre des lésions presque identiques: tympans un peu ternes et légèrement rétractés; audition diminuée des deux côtés pour la montre qui, à droite, est perçue à 45 centimètres, seulement à 3 ou 4 centimètres du côté gauche. La voix haute et la voix chuchotée sont assez nettement entendues. Le cathétérisme de la trompe ne décèle rien d'anormal.

La région mastoïdienne gauche est d'aspect normal. La pression y révèle des douleurs plus ou moins vives, mais sans excès à la

pointe de la mastoïde et sur le bord postérieur, tandis que la base de l'os réagit à peine à une pression forte. Je sens un petit ganglion pré mastoïdien. Il en existe également en avant des attaches du muscle sterno-mastoïdien.

Les seuls faits que je puis apprendre de la malade, depuis la guérison de son otite, sont les suivants : jamais elle n'a eu de fièvre ; de temps en temps, il lui a semblé que sa région mastoïdienne était gonflée ; ce gonflement doit, je crois, être rattaché à la présence du ganglion pré mastoïdien. Les douleurs à la pression ont été permanentes derrière l'oreille depuis son otite, mais elle n'y attachait pas une grande importance et était loin de penser qu'elles dussent entraîner une opération. Enfin elle éprouvait du côté gauche une vague pesanteur de tête, qui l'incitait à l'incliner de ce côté. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Devant ces symptômes si atténués et craignant que quelque élément nerveux ne se superposât au passé otique de la malade, je lui prescrivis des pansements humides et la tins en surveillance pendant une huitaine de jours. L'état reste le même. Le 25 mars, je trépanai la mastoïde avec la pensée que je ne trouverais rien ou que je débriderais une apophyse éburnée : je trouvai du pus.

J'avais d'abord trépané la pointe, siège principal des douleurs ; je tombai assez rapidement sur deux grandes cellules : une antérieure, véritable cellule en cuvette, suivant l'originale expression du Dr Lermoyez, pleine de pus ; l'autre postérieure, sous-sinuale, où le pus se mêlait à des fongosités.

Celle-ci me réservait une surprise. La paroi osseuse profonde était poreuse et vascularisée. Nul doute, si j'avais reculé l'intervention, qu'une perforation de Bezold n'eût pas tardé à ouvrir au pus mastoïdien la voie cervicale profonde. En remontant vers l'antre, je rencontrai une corticale éburnée de plus en plus épaisse. L'antre, excavé et profond, renfermait du pus et des fongosités et se reliait aux cellules de la pointe par un assez large canal rempli d'une bouillie purulente, mélange de pus, de fongosités et de débris d'os nécrosés. Ce canal, profondément situé, répondait nettement à la trainée cellulaire profonde sur laquelle a insisté le Dr Lombard.

*Nota.* — Chez ma première malade, j'avais d'abord ouvert l'antre, où je ne trouvai que quelques fongosités rougeâtres ; il y avait du pus dans les cellules de la pointe ; entre ces deux extrêmes, l'os était seulement friable et vasculaire.

D'après cet exposé, nous voyons que cette forme de mastoïdite chronique, évoluant sur une otite franchement aiguë, se distingue des autres types de mastoïdites latentes accompagnant une otite plus ou moins aiguë par deux faits : *un fait clinique* : la filiation oticomastoïdienne se manifestant *non pas après une phase silencieuse* de quelque durée, *mais sans interruption* et par un symptôme isolé, la douleur provoquée au niveau de la mastoïde, symptôme dont la persistance presque indéfinie *marque l'évolution* sourde de l'infection, qui a seulement changé de caractère. *L'autre fait est anatomique* et se décèle sous la gouge de l'opérateur. Dans les types subaigus que j'ai rappelés plus haut, mastoïdites congestives du D<sup>r</sup> Mignon, nous trouvons souvent, comme le dit ce dernier, « un paquet de fongosités plus ou moins volumineux, sans trace de pus, ou entouré de sérosités purulentes. Ces fongosités forment des bourgeons grisâtres, arrondis, mamelonnés, comme des grappes de raisin ».

Ici, au contraire, les lésions observées tiennent à *la fois de la fonte purulente aiguë et de la forme congestive bourgeonnante et nécrosante*. Il semble que l'agent pathogène amoindri dans sa force au cours de son exode mastoïdien ait gardé cependant quelque souvenir de sa virulence première au niveau de la muqueuse tympanique.

### III

*Indications opératoires.* — Dans les formes de mastoïdites latentes accompagnant un catarrhe tubo-tympanique léger ou suivant une otite suppurée guérie laissant derrière elle une légère hyperémie tympanique, on commence généralement par faire une paracentèse. Dans la plupart des observations que j'ai parcourues, cette paracentèse a été suivie de trépanation, et les lésions trouvées dans la mastoïde ont ratifié l'opportunité de l'intervention radicale. Malgré l'insuccès fréquent de ces paracentèses souvent tardives, il est indiqué cependant de les pratiquer.

Quant aux formes analogues à celles dont je viens de donner les observations, le tympan étant absolument guéri, la paracen-



tèse n'est plus en question. Il s'agit plutôt de savoir si l'on doit trépaner ou attendre. On peut penser en effet à une mastalgie ou à une mastoïdite éburnée, dont le seul signe est la douleur. Cependant, dans ces deux cas, l'opération est souvent l'unique moyen de soulager le malade. Pourquoi alors attendre et risquer, en cas de suppuration mastoïdienne, l'évolution d'une complication désastreuse, favorisée par l'épaisseur et l'éburnation de la corticale externe. Aussi je crois qu'un délai de quinze jours à trois semaines doit être le maximum de l'attente et qu'il faut alors ouvrir largement la mastoïde, rechercher les cellules aberrantes et faire toujours l'antrotomie.

---

## NOUVEAUX FAITS DE BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE.

Par J. GUISEZ.

Depuis notre dernier article paru dans les *Annales* sur la broncho-œsophagoscopie, où nous relations nos derniers cas de corps étrangers bronchiques (décembre 1906), nous avons eu l'occasion d'*extraire quatre nouveaux corps étrangers bronchiques* : deux os, une canule à trachéotomie et un œillet de bottine, et *trois corps étrangers œsophagiens* : un os et deux dentiers.

Tous les malades ont guéri, mais, dans deux cas, à cause de la forme et du volume des corps étrangers, nous avons eu à vaincre des difficultés assez considérables pour pratiquer l'extraction.

OBSERVATION I. — *Os dans la bronche gauche. — Extraction par la bronchoscopie supérieure. — Guérison.* — Il s'agit d'un malade des environs de Pau, chez qui, au commencement de mars 1907, le Dr Menier (de Pau), a pu établir nettement le diagnostic de corps étranger bronchique et nous l'adresser en se basant sur les signes et les commémoratifs suivants, consignés dans une lettre que nous présenta le malade.

Le 23 décembre dernier, en mangeant un morceau de porc (qui avait été débité au couperet), le malade sentit dans sa bouche un corps dur qu'il crut être une croûte de pain et qu'il essaya d'avalier. Le corps s'accrocha d'abord dans le fond de la gorge, provoquant une gêne douloureuse, sensation très vive de piqure et de déchirure. Il fit des efforts très violents, s'introduisit le doigt dans la bouche pour essayer de s'en débarrasser ; mais il ne put le faire sortir, l'os restant accroché dans la gorge. Il se mit à tousser en quinte, et brusquement il le sentit se dégager au moment d'une très vive aspiration. Il est pris de quintes pénibles sans trêve, de suffocation. Toute la nuit qui a suivi l'accident, il est pris d'accès

de suffocation et put à peine dormir. Il sent dès ce moment une sorte de gêne de respiration avec point de côté dans le thorax, à la partie supérieure gauche. Il a beaucoup de peine à continuer son métier de marchand ambulant, et, le 7 février dernier, il est pris d'une hémoptysie, qui, au dire du malade, survenue après une quinte de toux, était assez abondante. Les choses ont toujours été en empirant depuis ce moment; la toux est devenue quinteuse, l'expectoration muco-purulente, quelquefois striée de sang et les hémoptysies même se reproduisaient à intervalles de plus en plus rapprochés.

Le médecin qu'il consulta dans son pays ne semble pas avoir attaché grande importance à l'accident du mois de décembre; il trouva « quelque chose au sommet droit, prononça le mot de bronchite, peut-être phtisie, et ordonna simplement une médication calmante contre la toux et l'expectoration ». Il prit beaucoup de médicaments sans aucun succès; la toux persista et l'expectoration resta abondante, purulente et sanguinolente.

C'est alors qu'il vint consulter le Dr Menier le 40 mars 1907. Voici ce que l'examen lui a révélé: « Ce malade, bien qu'il me fût adressé avec le diagnostic de phtisie, ne présente aucune trace de dénutrition, et sa musculature thoracique est superbe. Il existe, par contre, une légère dyssymétrie le côté gauche étant un peu rétréci (2 millimètres en moins à la cytométrie au niveau du mamelon). La percussion ne montre rien d'anormal à droite; à gauche, on trouve une sonorité diminuée en arrière, dans le tiers moyen et vers la ligne axillaire; les vibrations sont conservées sans exagération. A l'auscultation, murmure vésiculaire normal à droite, matité à gauche, et en avant, vers le troisième espace intercostal, c'est-à-dire à un niveau correspondant au hile pulmonaire, un souffle rude (nettement différent du côté symétrique opposé), ayant les caractères d'un souffle bronchique râpeux. C'est dans cette région sous-mammaire que le malade ressent souvent une douleur qu'il compare à un arrachement. »

Le Dr Menier a fait l'examen des crachats muco-purulents; il n'y a trouvé *aucun bacille de Koch*, mais des streptocoques et saprophytes.

Devant l'absence de signes au sommet et les commémoratifs, le diagnostic de phtisie avec lequel venait le malade semblait donc devoir être réformé, et l'histoire de l'os prenait de la consistance. Dans les huit ou dix derniers jours survint de l'enrouement, et le Dr Rozier (de Pau), qui l'examina, ne trouva que la rougeur diffuse des cordes vocales et des aryténoïdes.

Nous vîmes le malade la première fois à notre consultation le 10 mars et ne pouvons que confirmer ce que nous disait le Dr Menier dans sa lettre : enrouement, souffle rude, douleur vive et point de côté, diminution de l'ampliation thoracique. Examen au laryngoscope : rien que la rougeur des cordes vocales, et une radiographie faite ne donne rien de bien net ; opération décidée et faite le 22 mars sous chloroforme avec l'assistance du Dr Alrandt et de notre ami le Dr Lebarebr.

La chloroformisation est particulièrement pénible ; le malade est secoué par des quintes de toux, et l'anesthésie est difficile à obtenir. Dès qu'elle est complète, nous employons un tube de 9 millimètres et de 35 centimètres, l'introduisons directement par la glotte. Dès que nous arrivons à l'éperon bronchique, nous apercevons dans la bronche un petit os blanc aplati de forme nettement triangulaire. Pointu, il est enfoui par un de ses angles dans l'épaisseur même de la paroi bronchique. Avec un crochet, nous le désenclavons, puis, avec une pince spéciale à griffes et à articulation terminale, nous le saisissons et le ramenons vers le hile. Il ne peut s'y engager ; étant trop large pour celui-ci, nous ramenons tube et os à la glotte avec précautions ; peine inutile, il s'arrête à la glotte. Nouvelle introduction du tube. Cette fois, l'os nous apparaît à l'origine même de la bronche droite. Nouvelle tentative d'extraction : nous saisissons solidement l'os avec notre pince, l'engageons dans le tube et le ramenons à son extrémité distale. Une quinte de toux survient alors, mais l'opération était terminée.

Comme l'os nous paraissait fragmenté, nous ne voulons pas laisser partir le malade sans lui faire une nouvelle bronchoscopie. Celle-ci, faite le 24 mars, nous montre l'absolue vacuité des bronches. Le malade, du reste, sentait bien, au réveil, qu'il n'avait plus son corps étranger. Le point de côté avait disparu et, pour la première fois depuis l'« accident », il a pu dormir sur le côté gauche. A l'auscultation, le souffle a disparu le lendemain ; à peine existe-t-il quelques râles de bronchite et un peu de raucité de la voix. Nous le présentons le 27 mars à la Société de chirurgie, et le soir même il partait pour Pau.

*Observation* remarquable par la difficulté de diagnostic : le malade était soigné pour de la phthisie, et la radiographie ne donnait rien. Le Dr Menier avait néanmoins établi le diagnostic de localisation exacte. L'extraction fut particulièrement difficile à cause : 1° de l'enclavement du corps étranger dans la bronche, qu'il a fallu désenclaver ; 2° de la surface lisse de cet os

offrant peu de prise à la pince et de ses dimensions (8 millimètres sur 10) : à peine a-t-il pu être engagé avec la pince dans le tube.

OBSERVATION II. — *Corps étranger bronchique (os). Extraction par la bronchoscopie supérieure.* — Homme adulte adressé le 26 mars 1907 par le Dr Vivier avec le diagnostic de corps étranger bronchique basé sur l'ensemble des signes suivants :

Le malade affirme que les accidents qu'il présente remontent à la fin de janvier dernier, où, en mangeant un ragoût de mouton, il a senti un os s'introduire dans sa gorge. Aussitôt quinte de toux, suffocation, puis tout rentre momentanément dans l'ordre depuis l'instant où il a senti l'os descendre. Néanmoins, il persiste dans les jours qui suivent de la toux, de la gêne thoracique et, de temps à autre, accès d'étouffement qui l'empêchent de continuer son travail.

Le 11 mars survient un très violent accès de suffocation ; il peut pendant cette crise aspirer l'air mais ne plus l'expirer. Depuis ce jour, le malade perçoit nettement, lorsqu'il fait une expiration un peu forte, une sorte de bruit de « clapet », dû vraisemblablement au déplacement de l'os sous l'influence de l'air expiré. Les quintes de toux sont devenues plus fréquentes ; à quatre reprises, hémoptysies assez abondantes.

Le Dr Chapeyron, qui l'a soigné pendant toute cette période, a constaté des phénomènes de congestion pulmonaire et, pensant à un corps étranger, après avoir pris avis du Dr Vivier, nous l'adresse.

A l'examen du thorax, on ne note rien de particulier. La percussion révèle un peu de submatité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit ; vers le mamelon droit, il existe un point douloureux par la pression un peu forte.

L'auscultation fait entendre quelques râles sous-crépitanants et un bruit de clapet très net au moment de la toux et de l'expiration exagérée forte.

La respiration est rude vers le sommet du poumon droit. Elle est au contraire voilée et affaiblie dans les deux tiers inférieurs du poumon droit.

Rien à l'examen du poumon gauche.

*Opération.* — Bronchoscopie supérieure est faite le 28 mars à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Le Dentu, avec l'assistance de M. Lyoncæn, interne du service.

La chloroformisation est difficile à cause des accès de toux. Nous introduisons par la glotte un tube de 30 centimètres et de

11 millimètres. Nous complétons l'anesthésie de la muqueuse trachéale et bronchique par des applications de cocaïne (1 p. 400).

Descendant le tube jusqu'à la bifurcation de la trachée, nous voyons à l'entrée de la grosse bronche droite un os plat de forme triangulaire, dont les deux angles sont enclavés dans les parois de la bronche. Pivotant autour de ces deux angles, il suit les mouvements respiratoires, s'élevant et s'abaissant comme un véritable clapet de pompe. Avec un crochet, nous le désenclavons, le saisissons avec notre pince à griffes, mais il nous est impossible de l'engager dans le tube. Nous le ramenons à la glotte en même temps que le tube ; mais, par deux fois différentes, il est toujours arrêté au niveau de la glotte. Il présente en effet, comme nous allons le voir, des dimensions exceptionnelles. Le malade est pris d'une violente quinte de toux, et nous jugeons prudent de remettre nos tentatives à une prochaine séance.

Au réveil, le malade sent son corps étranger dans la trachée, sous le larynx. La toux est extrêmement fréquente. Nous nous proposons, deux jours après, de faire une nouvelle tentative, lorsque, dans une quinte de toux, il expulse l'os devant nous. Il s'agissait d'un os plat triangulaire, mesurant 20 et 22 millimètres.

Étant données ces dimensions, l'on se demande comment il a pu passer et repasser à la glotte. La bronchoscopie, en somme, nous a permis de le voir, de le désenclaver et de le remonter dans la trachée. Et, s'il a été expulsé dans une quinte de toux, c'est grâce à cette méthode.

Il est remarquable aussi de noter que ce malade, tout comme le précédent, était soigné pour de la phthisie. La radioscopie n'a rien donné dans ce cas, pas plus que dans le précédent.

Mais les signes cliniques étaient les mêmes dans les deux cas : la douleur à point fixe, la sensation de corps étranger accusé par le malade, les hémoptysies, les signes révélés à l'auscultation présentaient la plus grande valeur.

L'extraction par bronchoscopie supérieure a présenté, dans ces cas, les plus grandes difficultés à cause des dimensions et de l'enclavement de ces deux corps étrangers, à cause aussi du peu de prise qu'ils présentaient aux instruments extracteurs.

OBSERVATION III. — *Extraction d'un corps étranger de la bronche droite (canule à trachéotomie) par la bronchoscopie inférieure.* — Le Dr Rouvillois, professeur au Val-de-Grâce, nous adresse un de ses malades, dont obligeamment il voulut bien nous communiquer par la suite l'observation suivante :

« Le 29 mars dernier, à six heures du soir, j'étais appelé d'urgence

auprès d'un malade trachéotomisé il y a dix-huit mois pour des lésions laryngées graves consécutives à une fièvre typhoïde, et qui avait été évacué récemment sur le Val-de-Grâce, pour être débarrassé de sa fistule trachéale. La plaque d'arrêt de sa canule était tombée dans la trachée. Il avait été pris aussitôt de suffocation intense, qui menaçait d'arriver rapidement à l'asphyxie complète.

Je dilatai immédiatement la plaie avec le dilateur à trois branches, et la respiration se rétablit aussitôt d'une façon presque normale. La palpation extérieure, l'exploration prudente endo-trachéale des alentours de la fistule avec une sonde de Nélaton ou des pinces courbes, la tête étant mise en position déclive, ne me fit percevoir aucun corps étranger. Je ne jugeai pas prudent de me livrer à une exploration aveugle et fit transporter le malade à la radioscopie. Celle-ci, rendue difficile par l'état du malade, permit néanmoins de constater que la canule n'était pas dans la portion centrale de la trachée; elle était plus bas, peut-être dans une bronche. Son siège exact ne pouvait être précisé, le murmure vésiculaire étant perçu à droite et à gauche avec la même intensité.

Je ne songeais pas, dans ces conditions, à prolonger la plaie trachéale, qui n'aurait donné qu'un jour insuffisant pour atteindre le corps étranger, dont la localisation était incertaine. Je songeai encore moins à tenter une bronchotomie, dont les résultats sont si peu encourageants.

Je préfèrai, selon l'avis de M. le professeur Loison, qui voulut bien m'aider de ses conseils, mettre une autre canule, faire surveiller le malade et attendre au lendemain.

L'introduction de cette nouvelle canule ne pouvait refouler le corps étranger, comme je le redoutais avant la radioscopie, puisque celle-ci avait montré que la canule n'était pas dans la portion centrale de la trachée. D'autre part, tout danger immédiat était écarté, puisque, le corps étranger étant tubulaire, la perméabilité des voies aériennes était respectée.

La nouvelle canule fut introduite sans difficulté, la respiration redevint à peu près normale, et le malade passa une nuit assez satisfaisante.

Le lendemain matin, la radiographie (Voir figure) montre avec une grande netteté que la canule était arrêtée au niveau de la bifurcation des bronches et était engagée par sa moitié inférieure dans la bronche droite. Notre confrère abandonnait définitivement toute idée d'intervention chirurgicale, et nous avertissons sur le champ le Dr Guisez. »

J'examinai le malade dans l'après-midi et pratiquai, sous anesthésie cocainique, la bronchoscopie inférieure avec l'assistance des D<sup>rs</sup> Rouvillois et Sieur, en me servant tout naturellement de la fistule trachéale. J'introduisis un tube de 20 centimètres et de 40 millimètres de diamètre et vis, à l'entrée de la grosse bronche droite, le bord brillant de la canule, dont l'autre extrémité plongeait à l'intérieur même de la bronche. Je pus saisir la canule avec ma longue pince, l'amener au niveau de la plaie et achever de l'extraire avec une pince de Kocher. L'opération avait duré à peine une minute.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le malade n'eut aucune élévation thermique appréciable. Pendant quarante-huit heures, il rendit quelques mucosités légèrement sanguinolentes, et tout rentra dans l'ordre. Il se trouve actuellement dans le même état qu'avant son accident. Il prétend même que sa respiration se fait plus aisément, ce qui peut s'expliquer par l'écouvillonnage mécanique du corps étranger, qui, au moment de son extraction, a entraîné avec lui les petits bourgeons charnus dont l'existence avait été révélée par l'examen endo-trachéal.

OBSERVATION IV. — *Corps étranger bronchique (ailette de bottine) chez un enfant de quatre ans. Extraction et guérison.* — Notre collègue le D<sup>r</sup> Foizy (de Châteaudun) nous adresse, le 2 août 1907, un petit garçon qui avait dans sa bronche droite un corps étranger et a la bonté de nous communiquer la note suivante :

« Le jeune *Ab. Marcel*, quatre ans, domicilié à Saint-Pellerin (Eure-et-Loir), le samedi soir 27 juillet, a mis dans sa bouche un crochet arraché d'une bottine, et ce corps étranger lui est tombé dans le larynx. L'enfant a eu du tirage toute la nuit, et, le lendemain matin dimanche (28 juillet), son médecin, le D<sup>r</sup> Feuilletaud de Courtalain, me l'adresse.

Je constate que cet enfant a du tirage très prononcé avec expiration vibrante, tandis que l'inspiration est moins sonore. A l'examen laryngoscopique, on voit le corps étranger situé immédiatement au-dessous des cordes vocales inférieures et placé transversalement. Je fais conduire l'enfant dans mon service, à l'hôpital de Châteaudun, afin de tenter l'extraction de ce corps étranger par les voies naturelles. Une demi-heure après, je revois l'enfant ; la sœur de service me dit qu'il respire plus difficilement, et, en effet, je trouve que l'enfant est cyanosé et asphyxie progressivement. Je prends le parti de lui faire de suite une trachéotomie pour parer aux accidents de suffocation qui pourraient augmenter d'intensité. Je fais donner quelques gouttes de chloroforme et pratique la trachéotomie.



J'introduis, sitôt la trachée ouverte, une pince de Kocher; je saisis

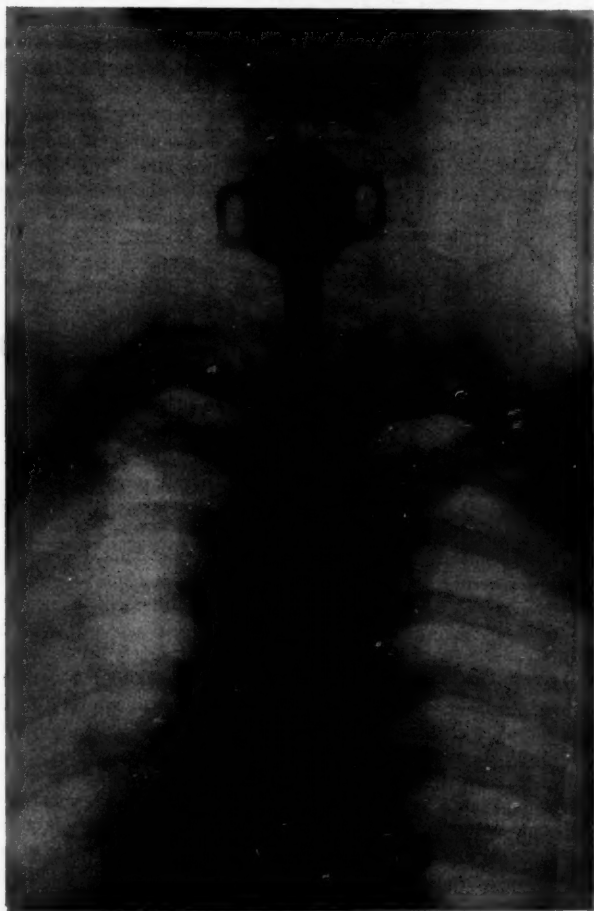


Fig. 1.

quelque chose que je crois être le corps étranger; mais, comme

j'éprouve de la résistance et comme, d'autre part, l'enfant suffoque, je place la canule, me promettant de faire dans la soirée une nouvelle tentative d'extraction, lorsque l'enfant respirerait bien.

Malheureusement, je fus appelé au loin par une intervention d'extrême urgence, et je ne pus revoir l'enfant que fort tard. Il respirait bien avec sa canule.

Le lundi matin, à six heures, la sœur de service vit que l'enfant avait une crise de suffocation; elle crut que la canule était obstruée et la nettoya; la crise continuant, elle prit alors l'enfant, le fit asseoir, le frictionna : la suffocation persistait toujours; elle crut



Fig. 2.

que l'enfant allait mourir. Elle me fit chercher et, lorsque j'arrivais, l'enfant était mieux. Je pensais que le corps étranger s'était détaché du larynx et était tombé dans une bronche.

Dans la matinée, je voulus m'en assurer; je fis donner à l'enfant quelques gouttes de chloroforme par mon collègue et ami le Dr Trouvé; j'enlevai la canule et explorai inutilement le larynx : le corps étranger n'y était plus. Dans la soirée, je fis l'examen radiographique et vis sur l'écran l'ombre portée par le corps étranger, qui était dans la bronche droite. Je songeai immédiatement à me procurer l'instrumentation nécessaire pour l'enlever; il me fut impossible de me la procurer. Dans ces conditions, je pensai que je n'avais plus qu'à confier mon petit malade au Dr Guisez!...

Nous vîmes le petit malade adressé par notre collègue à notre maison de santé, le 2 août, à neuf heures du matin. Les parents nous présentent la radiographie très bien faite, qui montre le corps étranger en forme de tache noire allongée, oblique en bas et en dehors à la racine de la sixième côte droite, c'est-à-dire dans l'intérieur de la bronche droite.

L'enfant respire très bien par sa canule; il tousse cependant d'une toux rauque et sonore. L'expectoration qui sort alors de la canule est épaisse et purulente.

Il est maigre, a perdu, aux dires des parents, plusieurs livres depuis l'accident.

L'inspection de la poitrine ne révèle rien de particulier.

A l'auscultation, il existe un bruit de souffle rude très marqué, à 3 centimètres en dehors et à droite de la colonne vertébrale. Ce souffle

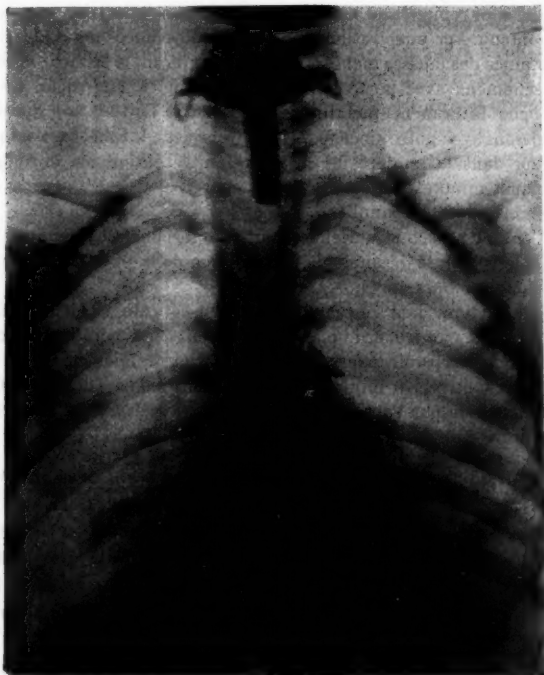


Fig. 3.

est bien distinct du bruit canulaire à timbre métallique dû à la présence de la canule dans la trachée. — Pas de râles. La respiration semble guérie, et on compte quarante respirations par minute.

Séance tenante, nous nous proposons de faire l'extraction en nous servant de la plaie trachéale (bronchoscopie inférieure). Chloroformisation faite par le D<sup>r</sup> Rouvillois, qui voulut bien nous aider pour

la circonstance, se trouvant à la clinique ce jour-là. Cocainisation des bords de la plaie et de la trachée elle-même, permettant de faire moins profonde l'anesthésie générale. Par la plaie de trachéotomie, nous introduisons un tube de 6 millimètres de diamètre et de 25 centimètres de long. L'enfant est pris de quinte de toux, que nous calmons par un peu de cocaïne locale. La trachée et la bronche droite sont remplies de mucosités épaisses purulentes qui masquent le contenu. Après aspiration avec la pompe des mucosités et ablation à la pince des fausses membranes qui encombrent la bronche droite, assèchement avec porte-coton, nous voyons à l'intérieur de la bronche la branche métallique du crochet à bottine. — Nous le saisissons avec notre pince, puis le retirons avec le tube, car il ne put passer dans la lumière de celui-ci. L'intervention n'a duré que quelques minutes.

Suites opératoires nulles.

L'enfant repart le surlendemain, 5 août, pour Châteaudun, où le Dr Foisy put le décanuler, et la guérison de la plaie trachéale se fit quelques jours après.

L'extraction, dans ce cas, était un peu délicate, car il s'agissait d'un enfant *très jeune*, le plus jeune de tous ceux à qui nous avons extrait des corps étrangers (quatre ans). Nous dûmes employer un tube très étroit (6 millimètres). Mais nous avons été remarquablement aidé par l'observation et la précision des détails fournis par notre collègue.

Ainsi qu'on peut le voir d'après la lecture de ces observations, on peut se rendre compte que, dans deux cas, il s'agit de *bronchoscopie inférieure* : nous nous sommes servi, dans les observations III et IV, de la plaie trachéale faite auparavant pour parer à des menaces d'asphyxie (obs. III) ou pour tenter l'extraction (obs. IV), et dans ces deux cas l'extraction a été remarquablement facile.

Dans les deux cas de corps étrangers osseux, nous avons tenu à passer la glotte, à recourir à la *bronchoscopie supérieure*, ainsi que nous l'avons, à l'exemple de Killian, érigé en méthode presque absolue.

Dans l'observation II, à cause de l'irrégularité de la largeur du corps étranger, nous avons eu beaucoup de peine à le faire repasser à la glotte. Si l'on examine en effet ce corps étranger, on voit qu'il est de forme triangulaire ; il mesure 20 millimètres dans son plus petit côté.

Or nous savons que les dimensions de la glotte chez l'homme sont, dans le sens de la longueur, de 20 à 22 millimètres. Si le corps a pu pénétrer dans la trachée, c'est que le malade, le sentant dans la gorge, l'a véritablement poussé avec son doigt en voulant le décrocher à travers la glotte. Lors de l'extraction avec la pince, il butta sur les cordes vocales, pris sans doute dans le mauvais sens, celui du plus grand côté, qui mesurait 23 millimètres. Nous dûmes le laisser dans le larynx. Nous nous proposons de faire la trachéotomie devant ces dimensions anormales, que nous étions loin de supposer (Voir figure d'os représenté grandeur nature), lorsque, dans un effort de toux, le malade expulse le corps étranger; la bronchoscopie avait servi à le désenclaver, à le ramener au larynx, et c'est en somme grâce à elle que le malade a pu parfaitement guérir.

On remarquera aussi que, dans les deux cas d'os, la radioscopie et la radiographie ne donnaient rien, aucune ombre sur l'écran, et, bien que cette méthode nous soit d'un précieux appoint pour établir le diagnostic et qu'elle doive toujours précéder la bronchoscopie, elle n'a de valeur que lorsqu'elle est nettement positive.

Depuis l'usage de cette méthode toute nouvelle, et certes très précieuse, il nous semble que l'on n'accorde plus assez de valeur aux autres signes : aux signes stéthoscopiques et aux commémoratifs, qui méritent bien néanmoins de figurer au même chef dans l'établissement du diagnostic.

C'est ainsi que les deux malades (obs. I et II) porteurs d'un os intrathoracique étaient soignés tous les deux pour de la phtisie : ils avaient beau attribuer l'origine de leurs troubles pulmonaires à l'accident initial de corps étranger avalé, aucun médecin ne voulait accorder créance à leurs dires, d'autant que l'examen radioscopique était négatif : souffle rude au voisinage du sommet, hémoptysies, amaigrissement, expectoration muco-purulente, rien ne manquait en effet au tableau d'une phtisie au début. Jusqu'à ce que l'un d'eux, se basant sur certaines finesses d'auscultation, ayant fait examiner les crachats, constatant l'absence du bacille, crut à la réalité de ce corps étranger et fit faire la bronchoscopie, qui a permis

l'extraction et, à sa suite, la cessation de tous les signes et la guérison complète.

Sinuous avons recherché, dans certains cas, des *corps étrangers imaginaires*, il doit exister à notre sens beaucoup de malades porteurs de corps étranger, et qui sont soignés pour toute autre affection. MM. Perrin et Parisot ont rapporté, dans la *Presse médicale* (1), plusieurs observations où les malades ont été soignés pour des accidents aigus du poumon avec gangrène qui ne reconnaissent pas d'autre cause et où les corps étrangers n'ont été que des *trouvailles* d'autopsie.

L'observation IV concernant un corps étranger tubulaire, représente la forme la plus facilement et la plus longuement tolérée. Il ne présente généralement aucun signe à l'auscultation; tous les auteurs qui l'ont constaté ont remarqué la longue tolérance des bronches, en particulier pour les canules ou fragments de canules (Clément Lucas). Néanmoins, tôt ou tard, surviennent des accidents graves. Kirchoff rapporte un cas où la mort est survenue deux ans après l'accident (*Deutsch. Zeitsch. für Prak.*, 1876) (2).

Tout autre était le pronostic dans les trois autres observations. Les malades auraient fait rapidement des accidents qui les auraient emportés, comme on a pu s'en rendre compte à la lecture des observations.

La guérison a été rapide dans les observations II, III et IV, sans aucun signe stéthoscopique. Dans l'observation I, le malade a été plus longtemps à recouvrer la santé; il semble avoir été encore pendant plusieurs semaines en proie à la bronchite intense, que nous avons constatée avant l'intervention. Néanmoins la guérison n'a point tardé à survenir franche et complète.

OBSERVATION V. — *Dentier extrait de l'œsophage*. — Une femme de quatre-vingts ans portait depuis trente ans, sans l'avoir jamais retiré, un dentier, lorsque, le 21 mars dernier, dans la nuit, elle l'avale en dormant. Réveillée par une douleur aiguë dans la gorge, elle appelle sa femme de chambre, qui se rend compte de l'acci-

(1) *Presse médicale*, 8 septembre 1906.

(2) Note communiquée à M. le Dr Rovillon.

dent, essaie de prendre dans la gorge le dentier sans pouvoir l'atteindre, il était déjà plus bas. Le médecin de la famille, appelé, ne peut que se résoudre à la même constatation. Toute manœuvre externe ou interne avec la pince ou les doigts échoue invariablement.

La malade accuse une très vive douleur à la partie supérieure du cou, principalement à droite. La déglutition le lendemain est presque impossible, même pour les liquides.

Le Dr Adler, consulté au sujet d'une intervention chirurgicale possible dans la matinée du lendemain, juge utile de recourir à la nouvelle méthode de l'œsophagoscopie et nous appelle en consultation.

Nous voyons la malade à cinq heures du soir. Après une légère anesthésie sous chloroforme, elle est placée sur la table d'opération, la tête déclive soutenue par un aide dans la position de Rose. La langue est tirée avec la pince à langue hors de la bouche.

Nous nous munissons de notre tube œsophagoscopique de 42 millimètres et de 30 centimètres, et, après l'avoir chauffé, nous l'introduisons directement dans le pharynx et cherchons l'orifice supérieur de l'œsophage. Notre tube est à peine introduit de quelques centimètres dans l'œsophage, que nous distinguons nettement le dentier en question. Il est accroché en arrière du bord inférieur du cricoïde, et les deux crochets tournés en avant sont enfoncés dans la paroi de l'œsophage et contribuent à l'enclaver.

La paroi de l'œsophage saigne au pourtour des arêtes vives que présente ce corps étranger.

Avec notre crochet à articulation terminale, nous dégageons les crochets, repoussons le dentier.

De lui-même, pour ainsi dire, il s'énuclée de sa fâcheuse position. Nous munissant de notre pince à griffe, à articulation terminale, nous l'extrayons avec la plus grande facilité en même temps que nous enlevons le tube. L'intervention, faite en présence des Drs Adler et Arago, n'avait duré que deux ou trois minutes.

Les suites opératoires ont été des meilleures; la malade, malgré son grand âge, a supporté très bien le chloroforme; aucun signe de congestion ni aucune élévation de température les jours suivants.

OBSERVATION VI. — *Dentier extrait de l'œsophage par œsophagoscopie. Guérison.* — La nommée Ch. V..., habitant Commentry (Allier), nous est adressée par M. Infroid, de la Salpêtrière, qui, après radiographie, a constaté la présence d'une tache sombre dans l'œsophage vers le tiers moyen.

La malade est en effet venue à Paris envoyée par son médecin,

qui, après de nombreuses tentatives, n'a pu extraire le *dentier* qu'elle a avalé pendant son sommeil.

Tout ce qu'elle a observé, dit-elle, après les manœuvres : introduction de sonde-bougie, c'est que la gêne qu'elle ressentait primitivement à la partie supérieure est actuellement localisée à la partie inférieure du cou. Le médecin a bien réussi à refouler le dentier, qui est arrêté actuellement au-dessus du cardia, ainsi que l'indique la radioscopie faite par M. Infroid.

La malade, depuis trois semaines qu'est arrivé l'accident, n'a pu se nourrir que de liquides : lait, jaunes d'œufs, qui passent même avec peine. Elle accuse une douleur assez vive au-dessus du creux épigastrique et à la base du cou.

1° L'examen œsophagoscopique, fait le 26 juin 1907, à la clinique de la rue de Chanaleilles, sous cocaïne et dans la position assise, nous fait voir le dentier vers le tiers inférieur de l'œsophage ; il est enclavé par ses deux extrémités, et un de ses crochets nous semble fixé dans la paroi gauche de l'œsophage.

L'examen nous fait voir aussi une sorte de plaie contuse à la partie moyenne de l'œsophage, reliquat sans doute des manœuvres faites antérieurement pour enlever le corps étranger. Nous parvenons à le désenclaver et le ramenons vers l'orifice supérieur de l'œsophage ; peine inutile, il retombe vers le cardia.

Nous ne voulons pas prolonger cette séance, la malade étant très fatiguée.

2° Opération sous chloroforme faite le 29 juin à l'Hôtel-Dieu dans la position décline, tête pendante, nous permet d'enlever facilement ce corps étranger, que nous trouvons enclavé un peu au-dessus du cardia.

La position décline et l'administration du chloroforme ont facilité beaucoup cette extraction, et nous avons dû enlever le tube en même temps que le corps étranger.

Guérison complète en quelques jours.

OBSERVATION VII. — *Os extrait de l'œsophage. Guérison.* — Le nommé X..., marchand de charbons à Boulogne-sur-Seine, nous est adressé le 2 juillet dernier pour un os qu'il a avalé la veille et qui semble arrêté dans l'œsophage. Depuis l'accident, en effet, le malade sent un point très douloureux un peu au-dessus du creux épigastrique à chaque mouvement de déglutition. Il avale du reste très difficilement, les solides ne passent plus. Les liquides et les bouillies passent encore, mais par petites quantités.

Le malade nous raconte que l'accident lui est arrivé la veille en déjeunant, en mangeant une côtelette de mouton, qu'il a avalée en



quelques minutes, ayant eu à peine le temps de manger ce jour-là, pressé par ses affaires. Il sentit très bien qu'il avait avalé, au moment de la déglutition, un os mêlé à la viande. Il fut pris de quintes de toux, et, depuis, il ressent une douleur vive à la base du cou.

Le Dr Poirier (de Boulogne-sur-Seine), qu'il fit venir, lui conseilla simplement le repos, prescrivit des bouillies de farine, une alimentation liquide et eut le bon esprit d'empêcher l'administration d'un vomitif et de ne faire aucune manœuvre interne, comprenant de suite qu'il s'agissait là d'un corps étranger à extrémités pointues et que toute tentative faite à l'aveugle serait particulièrement dangereuse. Le lendemain, voyant que les symptômes restaient les mêmes, il nous adresse le malade.

*Opération.* — Dans la position assise et sous simple cocaïnisation, nous introduisons le tube œsophagoscopique de 45 centimètres de long et de 10 millimètres de diamètre. Le malade étant très docile et très peu nerveux, l'introduction du tube fut des plus aisées. Nous apercevons à la partie inférieure de l'œsophage, non loin du cardia, une masse rougeâtre informe molle : avec le crochet, nous nous rendons compte que cette masse est mobile; nous sommes un peu surpris, croyant trouver un os. Mais, en la déplaçant avec le crochet, nous voyons très bien un os pointu aux deux extrémités enclavées dans l'œsophage, dont il tend les deux parois opposées. Il est très difficile de le mobiliser, mais nous parvenons néanmoins à faire basculer une de ses extrémités après avoir écarté avec l'extrémité du tube la paroi correspondante de l'œsophage. Avec la pince à griffe à articulation terminale, nous le retirons par la lumière du tube.

Nous pouvons nous rendre compte qu'il s'agissait d'un os de 3 centimètres de long aux deux extrémités pointues. Il porte attaché des bouts d'aponévrose et plusieurs grammes de viande (Voir figure), qui le masquaient au moment de notre examen. Nous pûmes également constater sur la paroi droite de l'œsophage une plaie à bords tuméfiées occasionnée par l'extrémité la plus pointue du corps étranger.

Les suites opératoires sont excellentes; le malade put avaler et sans douleur tout ce que nous lui avons permis dès le début: lait, œufs et bientôt il a repris sa vie ordinaire.

Cette observation est remarquable par la facilité avec laquelle l'extraction put se faire sur cocaïne dans la position assise grâce à la docilité et à la résolution du malade.

Les trois observations d'extraction par l'œsophagoscopie que nous venons de rapporter concernent des corps de

formes irrégulières et absolument enclavés dans l'œsophage.

Dans les trois cas, la guérison a été complète, et le désenclavement fait sous la vue a pu s'opérer avec la plus grande facilité.

L'extraction a pu se faire, dans le troisième cas seulement, par le tube, ce qui est l'idéal au point de vue de la sécurité ; dans les deux autres cas, nous avons pu extraire le tube en même temps que le corps étranger à cause du volume de celui-ci. Mais, néanmoins, dans ces cas, nous avons pu suivre pas à pas les progrès de l'extraction, veillant à ce qu'aucune lésion ne soit produite par les arêtes vives de ces corps étrangers.

La situation déclive tête pendante est, dans tous les cas, que l'on se serve de l'anesthésie générale ou locale, la position de choix dans l'extraction des corps étrangers : la pesanteur devient un adjuvant précieux dans toutes les manœuvres pendant l'extraction.

On doit se demander, à propos de ces observations, ce qu'auraient donné les interventions qui étaient et sont encore malheureusement trop souvent de mise en France devant de pareils accidents.

Les extractions à l'aide de pinces-crochets faites à l'aveugle auraient infailliblement amené une déchirure des parois de l'œsophage.

Quant à une intervention externe (œsophagotomie externe), elle était absolument contre-indiquée dans le premier cas à cause du grand âge de la malade.

Et, dans les deux autres, il s'agissait de corps étrangers à situation tout à fait inférieure ; une œsophagotomie transmédiastinale aurait été nécessaire, et nous ne savons pas que cette laborieuse intervention ait donné jamais de bien brillants succès entre les mains de ceux qui l'ont entreprise.

---

## VII

### CORPS ÉTRANGER DES VOIES AÉRIENNES (HARICOT SEC), TRACHÉOTOMIE, GUÉRISON.

Par **R. DUCHESNE** (d'Évreux).

J'ai eu l'occasion d'observer dernièrement un corps étranger de la trachée chez un jeune enfant de deux ans et demi. Ce corps étranger était un haricot sec. L'enfant, qui jouait avec des haricots et les mettait dans sa bouche, fit sans doute un brusque effort inspiratoire, qui détermina la pénétration de l'un d'eux dans le conduit aérien.

Le haricot mobile entre la bifurcation bronchique et la glotte échappait aux moyens d'extraction par les voies naturelles. Sa présence allait, à bref délai, déterminer une asphyxie rapide ou de graves complications pulmonaires.

Je pratiquai une trachéotomie et fus assez heureux pour extraire le corps du délit.

Bien qu'il eût séjourné depuis plus de quinze jours dans la trachée, le haricot était à peine augmenté de volume. Protégé par une membrane d'enveloppe épaisse, sorte de cuirasse imperméable aux attaques du mucus trachéal, il n'était nullement ramolli. Il eût donc été illusoire de compter sur sa fragmentation et sa dissolution. Des accidents graves eussent emporté l'enfant avant que cette éventualité eût pu se produire.

Les suites opératoires furent assez simples. Après l'intervention, il se fit sans doute une infiltration sanguine sous-glottique avec œdème de la glotte, qui m'obligea à laisser une canule à demeure. Cette canule fut enlevée sans trop de difficultés une huitaine de jours après.

En quinze jours, la guérison était obtenue, et l'enfant sortait de l'hôpital.

Les corps étrangers des voies aériennes sont assez rares dans l'existence d'un praticien ; c'est pourquoi je me suis cru autorisé à publier cette observation.

Le 24 août 1907, une mère amène à ma consultation son jeune enfant, âgé de deux ans et demi. Elle me raconte qu'il y a quinze jours il jouait avec des haricots secs, quand il fut pris soudain d'un violent accès de suffocation avec menaces d'asphyxie. Elle constate, au moment où elle se porte à son secours, qu'il crache deux haricots. L'enfant reste une heure environ suffoquant et en proie à une toux convulsive ; puis la révolte des voies respiratoires s'apaise un peu, et l'enfant s'endort quelques instants.

Depuis lors, il est secoué à chaque instant et sans répit par des quintes de toux ; la gêne respiratoire est très marquée.

Toutes les nuits, le sommeil est troublé plusieurs fois par des crises d'étouffement.

L'enfant refuse toute espèce d'alimentation, sauf le lait. Depuis quelques jours, la situation s'aggrave encore, la gêne respiratoire est plus accentuée, les quintes plus fréquentes. L'enfant est abattu et maigrit à vue d'œil.

J'examine cet enfant, qui est d'apparence robuste pour son âge, mais qui présente des signes de dénutrition.

Une toux convulsive éclate en quintes fréquentes et prolongées. Cette toux est caractéristique, et l'oreille a de suite la perception nette, surtout au début de la quinte, du claquement sourd et du ballotement d'un corps étranger mobile dans les voies aériennes.

La respiration dans l'intervalle des quintes est bruyante et pénible, mais il n'y a pas de tirage sus ou sous-sternal ni de phénomènes asphyxiques. La voix n'est pas enrouée, elle a son timbre normal.

Je fais l'examen pulmonaire, et je constate à l'auscultation la propagation d'un ronflement trachéal, de gros râles humides et des sibilances aux deux bases avec avec un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire.

Mais je ne constate pas de râles fins pouvant indiquer le début d'une bronchite capillaire, ni les signes d'une autre affection pulmonaire grave.

D'ailleurs la température est normale, 37°, et le pouls n'est pas accéléré.

Je pratique alors l'examen du larynx, qui est assez difficile à cause de l'indocilité du petit malade.

L'enfant étant enveloppé d'un drap et solidement maintenu, j'arrive, en me servant de l'abaisse-langue laryngoscopique d'Escat, à obtenir une image rapide de sa glotte. Celle-ci m'apparaît indemne de toute lésion et ne présente pas de corps étranger enclavé.

D'ailleurs les cris de l'enfant limitent mon examen et ne me permettent pas d'apercevoir la lumière du conduit trachéal. Je ne puis donc constater que l'absence d'un corps étranger sus ou intraglottique.

Restait l'hypothèse peu vraisemblable d'un corps étranger de l'œsophage comprimant la trachée. Pour être fixé sur ce point, je fais une exploration avec le crochet de Kirmisson. Cette exploration reste sans résultat et n'a d'autre effet que d'exagérer pendant quelques instants la toux et la gêne respiratoire.

Mes investigations terminées, le diagnostic de corps étranger de la trachée me semblait s'imposer avec une quasi-certitude. Les circonstances qui avaient entouré le début des accidents, l'enfant jouait avec des haricots qu'il mettait dans sa bouche, l'apparition soudaine et dramatique des symptômes, le caractère des troubles respiratoires, l'examen laryngé et pulmonaire négatif au point de vue d'une affection essentielle de ces organes, donnaient toute évidence à ce diagnostic.

L'absence des troubles vocaux et l'examen laryngé indiquaient que le corps étranger n'était pas sus ou intraglottique. Il était donc intratrachéal et déterminait, par sa mobilisation entre la glotte et la bifurcation bronchique, le bruit spécial que j'ai signalé plus haut, la toux spasmodique et les accès de suffocation.

Je ne jugeai pas utile de faire faire une radioscopie, bien que certains auteurs, comme Moure, recommandent de ne pas négliger ce procédé d'investigation, même dans le cas de pénétration d'une graine dans le conduit respiratoire.

Comme l'enfant appartenait à l'assistance médicale du département, je prévins la mère de la nécessité de se présenter le lundi suivant, c'est-à-dire le surlendemain, à la consultation gratuite.

D'accord avec mon confrère, le Dr Lerat, médecin de l'hôpital, l'enfant est hospitalisé le lundi soir. Nous nous réservons de le surveiller étroitement et d'intervenir aussitôt par une trachéotomie, si la situation devenait alarmante.

Le mardi soir, à neuf heures, mon confrère me fait appeler en hâte à l'hôpital.

L'enfant vient d'avoir une crise de suffocation violente qui a fait craindre pour sa vie. Il est très déprimé.

La toux est continue et la dyspnée très accusée. Les poumons

sont encombrés de gros râles de bronchite, et, à la base droite, il y a un foyer de râles fins.

Il me semblait imprudent de retarder plus longtemps l'intervention chirurgicale, car, si l'enfant n'était pas enlevé par l'asphyxie rapide, des complications pulmonaires imminentes le menaçaient fatalement.

Le petit malade est transféré dans le pavillon chirurgical de mon confrère et ami, le Dr Veslin, alors en congé, et l'intervention décidée pour le lendemain de bonne heure.

*Mercredi, 28 août.* — Assisté de mes confrères Lerat, Regimbart et de l'interne de l'hôpital, l'enfant étant chloroformisé, je pratique une trachéotomie lente.

Partant de l'anneau cricoïdien, j'incise la peau sur une longueur de 3 centimètres environ et les tissus prétrachéaux couche par couche. Je m'attache à faire une hémostase très soignée pour avoir un champ opératoire tout à fait exsangue, et, la trachée étant dénudée et bien visible, j'incise les trois premiers anneaux. A l'aide de deux petits écarteurs, j'ouvre doucement les lèvres de la plaie trachéale, espérant obtenir par cette manœuvre l'expulsion spontanée du corps étranger dans un effort de toux.

Nous sommes éclaboussés de projections de mucosités; mais le corps du délit ne se montre pas. Je tente d'introduire des pinces dans la lumière du conduit, mais le malade asphyxie rapidement dès que pénètrent mes instruments, qui, d'ailleurs, ne ramènent rien. Je place alors une canule, mais la respiration reste aussi gênée.

Tout à coup, dans un effort expiratoire de l'enfant, ma main, qui tient la canule, a la sensation nette d'un petit choc frappant l'extrémité inférieure de celle-ci. Je retire vivement la canule et prends le dilatateur de Laborde, que je place dans l'ouverture trachéale.

Une quinte de toux plus violente survient. En retirant brusquement le dilatateur les branches fermées, je suis assez heureux pour enlever le haricot accroché par sa membrane d'enveloppe.

Malgré son séjour prolongé dans la trachée, ce haricot est à peine augmenté de volume. Il est resté très dur. Il eût donc été chimérique de compter sur sa désagrégation dans le mucus trachéal.

Aussitôt après son extraction, les quintes de toux disparaissent, et la respiration cesse d'être gênée.

J'ai l'intention de suturer immédiatement trachée et peau; mais, dès que j'obture la plaie avec une compresse, l'enfant suffoque.

A plusieurs reprises, je renouvelle la tentative, mais je vois qu'il est inutile d'insister. Force m'est donc, après avoir mis des liga-

tures au catgut sur les troncs veineux ouverts pendant mon incision, de placer une canule à demeure.

Les suites opératoires sont bonnes.

Le soir la température est à 37°,8.

L'enfant tousse peu, mais il est agité.

*Jeudi, 29 août.* — La nuit a été assez bonne. On commence à alimenter l'enfant. Le lait qu'on lui donne est vomé plusieurs fois, mais il en garde cependant un peu. La température, le soir, est à 38°; le pouls légèrement accéléré. A l'auscultation, je constate toujours à droite le foyer des râles fins; les gros râles ont plutôt diminué.

*Vendredi, 30 août.* — J'enlève la canule et ferme momentanément l'orifice trachéal avec une compresse, dans l'espoir de voir la respiration laryngée se rétablir; mais rapidement l'enfant asphyxie, et je suis obligé de replacer la canule.

La sécrétion trachéo-bronchique est assez abondante et odorante.

Le soir, la température est normale, 37°. L'alimentation est plus facile et mieux supportée.

*Samedi, 31 août.* — Les mucosités trachéales sont très abondantes et très odorantes, et les bords de la plaie n'ont pas bon aspect. Je badigeonne la plaie à l'iode, et, pensant qu'il se fait des ulcérations trachéales, j'instille dans la trachée un peu d'huile mentholée au cinquantième.

Toujours les mêmes signes à l'auscultation; gros râles disséminés et foyer de râles fins à droite.

Pas de température.

*Lundi, 2 septembre.* — Il y a une amélioration notable. La sécrétion est moins abondante et peu odorante. La plaie est en bon état. J'enlève la canule pour la nettoyer, mais, comme les jours précédents, dès qu'on ferme la trachée, l'enfant asphyxie.

Je pense qu'il s'agit d'infiltration sous-glottique avec œdème des cordes, mais le rejet continu des mucosités m'interdit toute espèce d'examen par l'ouverture de la plaie.

*Mardi, 3 septembre.* — L'amélioration de l'état pulmonaire et de l'état général s'affirme. L'enfant s'alimente bien et n'a plus de vomissements. Il est gai et joue sur son lit. Les râles fins à la base droite ont disparu à peu près complètement. Il n'y a plus que de gros râles. La plaie est en bon état et la sécrétion peu abondante.

J'enlève quotidiennement la canule les jours suivants pour la nettoyer, mais il m'est impossible de l'enlever de façon définitive.

*7 Septembre.* — En fermant la plaie, je constate que l'enfant commence à respirer un peu par sa glotte, mais avec beaucoup

d'efforts ; je ne juge pas prudent d'enlever encore la canule le jour même, et je remets cette tentative au lendemain.

8 Septembre. — Ma tentative est couronnée de succès, mais seulement après dix minutes de persévérance, pendant lesquelles j'habitue peu à peu l'enfant à respirer par sa glotte en obturant l'orifice trachéal. Je mets un pansement très serré sur la plaie, et je revois le petit malade le soir.

Le résultat s'est maintenu : il respire très aisément par la bouche et le nez.

Le retour à la santé parfaite se fait rapidement les jours suivants.

L'état pulmonaire s'améliore vite. La plaie trachéale se rétrécit chaque jour.

L'enfant reste encore huit jours en surveillance à l'hôpital et sort le 15 septembre complètement guéri. Il reprend sa vie normale et ne conserve, pendant quelque temps, qu'un peu de raucité de la voix.

---



## VIII

### NOUVEAU PROCÉDÉ DE DRAINAGE DU SINUS MAXILLAIRE

Par **L. LEDOUX**.

Assistant à l'Université de Liège.

Ce procédé consiste dans l'introduction dans le sinus, *en passant sous la tête du cornet inférieur qu'on respecte*, d'une sonde de Pezzer semblable à celle qu'on emploie en urologie.

*Technique.* — Après avoir badigeonné la tête du cornet inférieur sur ses deux faces avec une solution d'adrénaline-cocaïne, j'introduis sous cette tête, à l'endroit classique des ponctions diaméatiques, un stylet garni d'ouate imprégnée de liquide de Bonain.

Après une dizaine de minutes, je ponctionne au moyen du gros trocart de Krause, que je retire immédiatement (non seulement l'aiguille, mais le tube). Chargeant alors la sonde de Pezzer, coupée à 7 ou 8 centimètres, sur une sonde d'Itard fine, peu courbée et préalablement vaselinée, je lui fais suivre le chemin qu'a créé le trocart. Je coupe la sonde au ras de la narine, de façon à ce que son extrémité vienne se nicher dans la logette du lobule nasal. Les sondes que j'emploie sont à ailette double (et non à capuchon, qui sont de deux pièces) numéros 15, 16, 17, suivant la grandeur du méat et la largeur du nez.

Pour l'introduction facile de la sonde armée, il convient de tenir celle-ci à la façon d'une seringue de Pravaz dont on injecte le contenu (le corps de pompe entre l'index et le médius, le pouce sur le pavillon du piston); de cette manière, on arrive à tendre facilement les ailettes, tout en ayant la main en position pour l'introduction dans l'ouverture du spéculum nasal.

*Avantages. — 1° La mise en place de ce petit appareil est d'une exécution extrêmement facile*, dans la très grande majorité des cas. Par suite du développement exagéré ou d'une disposition anormale de la tête du cornet inférieur, on peut cependant éprouver, au même titre que pour la simple ponction, une certaine difficulté à introduire la sonde armée ;

*2° Le port n'en est ni incommodant ni désagréable*. La respiration nasale en est à peine gênée ;

*3° Il passe inaperçu* si on a soin de le couper de façon à ce que l'extrémité vienne se loger dans la fossette du lobule ;

*4° Il est d'une extraction commode*. Il tient juste assez pour ne pas être expulsé par les efforts de mouchage et d'éternuement ;

*5° Il permet les lavages du sinus* par le porteur.



*Indications. — 1° Il peut remplacer le Claoue.*

La méthode de Claoué, tout en répondant à des indications thérapeutiques manifestes, comporte certains inconvénients qui en restreignent l'emploi :

a. Elle nécessite l'enlèvement de la moitié antérieure du cornet inférieur. Or il est loin d'être prouvé que cette castration nasale n'a pas de retentissement fâcheux ;

b. Elle nécessite, pour être bien faite, un tour électrique qu'on n'a pas toujours à sa disposition ;

c. L'orifice a une tendance marquée à se sténoser rapidement, et l'introduction de la sonde de lavage devient très difficile.

Le Claoué trouve ses indications dans les *sinusites à forme traînante*, manifestement influencées par les lavages, mais pour lesquelles un nombre trop considérable d'irrigations serait nécessaire.

Il trouve encore ses indications dans les contre-indications de la cure radicale de Luc (lésions cardiaques sérieuses, refus de la narcose). Enfin la méthode du drain peut rendre d'énormes services dans les cas de sinusites (quelles qu'en soient la forme et l'origine), où les porteurs (pour des raisons d'éloignement, de manque de temps, etc...) ne peuvent se rendre que de loin en loin au cabinet du spécialiste.

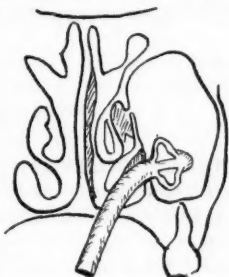
2° Il est à employer pour le drainage du sinus maxillaire cureté par la brèche canine.

Le seul grief sérieux que fait Sébilleau à l'opération de Caldwell Luc (opération de Lamorier-Desault autrefois et aujourd'hui, *Annales*, 12 décembre 1905) est que « la résection du cornet inférieur est une mutilation qu'aucune raison ne justifie ». Et c'est pour éviter cette mutilation que Sébilleau encourt les désagréments du drainage buccal.

Je procède dans ce cas comme plus haut. Après le curettage de l'antre par la brèche canine, je reviens au nez, et je ponctionne au Krause. Je ne ponctionne pas par le sinus ouvert, parce qu'il est difficile de dire exactement si on tombera en dessous de la tête du cornet inférieur.

Pas de tamponnement, qui ne répond à aucune nécessité. Deux lavages par jour à l'eau bouillie faits par le malade lui-même.

L'épithélialisation de la cavité curetée, s'amorçant par des orifices plus étroits (ostium et trou de passage du tube), mettra un peu plus longtemps à se faire ; mais il existe un sérieux avantage de compensation : l'intégrité anatomique de la fosse nasale.



## SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE  
L'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS.

8 Novembre 1907.

**BOSVIEL. — Rôle de la syncope dans l'hémostase.** — Bosviel, après une amygdalotomie pratiquée à l'anse froide chez un adulte, eut une hémorragie artérielle abondante issue de la partie inférieure du pilier antérieur. Cette hémorragie résista à tous les moyens ordinaires employés pour l'arrêter et ne s'éteignit qu'au bout de quatre heures, à la suite d'une syncope. Il en conclut que l'amygdalotomie à l'anse froide doit être effectuée avec lenteur (dépasser une minute et demie) et que, dans les hémorragies graves, il faut plutôt souhaiter la syncope que la redouter.

Bosviel présente, en outre, un épithélioma du voile du palais enlevé au bistouri et n'ayant jamais occasionné au malade aucune gêne.

**CASTEX. — Quelques lésions lépreuses des fosses nasales, du voile du palais et du larynx.** — Castex a observé, sur quatre lépreux, des lésions assez spéciales qu'il signale pour aider au diagnostic. Dans les fosses nasales, ce sont des perforations larges de la cloison à bords réguliers et minces, une ulcération simulant un chancre avec ses bords saillants et son enduit diphtéroïde, un polype de la cloison assez analogue à un tuberculome végétant. Tous ces nez étaient un peu ensellés. Sur le voile du palais, des cicatrices en forme d'étoile à rayons nombreux irradiant en tous sens et redressant la luette en avant : c'est la lésion la plus typique. Au larynx, envahissement scléreux de la portion sus-glottique déterminant une atrophie de l'épiglotte et une altération leucoplasique de la muqueuse interaryténoïdienne.

GEORGES LAURENS, dans un travail publié à la Société médicale

des hôpitaux, il y a une dizaine d'années, avec M. JEANSELME, a fait une étude portant sur 25 lépreux, sur lesquels ils avaient observé 43 cas de lésions du nez, du pharynx ; dans tous ces cas, il s'agissait de lèpre tégumentaire et non nerveuse.

Au point de vue des lésions nasales, tous les malades avaient présenté, au début, un coryza chronique, caractérisé par un enchi-frènement et un écoulement de mucosités dans un premier stade ; dans un second stade étaient survenus des épistaxis absolument caractéristiques et ayant presque la même valeur que les hémoptysies prémonitoires de la tuberculose.

Dans un troisième stade, enfin, il s'était produit un trouble trophique au niveau du cartilage de la cloison, et il en résultait une perforation avec déformation de l'arête dorsale du nez.

Dans des cas nombreux, la muqueuse et le vestibule étaient parsemés de tubercules ; jamais ils n'observèrent de troubles sensoriels, mais, en revanche, les troubles sensitifs étaient constants et caractérisés par une anesthésie tactile et thermique de la pituitaire.

Six fois sur 10, la présence du bacille de Hansen fut décelée dans le mucus et dans le sang des épistaxis ; il leur sembla logique, dans tous les cas, de considérer la rhinite comme porte d'entrée de la lèpre.

Les lésions de la langue, du palais, du pharynx et du larynx rappellent celles dont vient de parler M. Castex ; elles sont en tous points semblables à celles de la syphilis secondaire et tertiaire de ces muqueuses ; mais il existe un symptôme capital constant : l'anesthésie.

**CAUZARD. — Présentation d'une instrumentation avec nouvel éclairage pour œsophagoscopie et bronchoscopie.** — Cauzard présente une instrumentation endoscopique avec un éclairage nouveau caractérisé par une petite lampe mobile à l'intérieur du tube. D'un maniement facile, cet appareil permet l'œsophagoscopie, la laryngoscopie directe, la trachéo-bronchoscopie. L'auteur a extrait ainsi des corps étrangers de l'œsophage et de la trachée chez l'enfant, et traité un rétrécissement de l'œsophage avec des lamineires placées sous le contrôle de l'œil et laissées à demeure pendant vingt-quatre heures.

**FURET. — Mastoidites et diabète.** — Furet rapporte les observations de 5 malades diabétiques vrais atteints de mastoïdite consécutive à une otite moyenne suppurée. Les 5 malades ont été opérés et ont guéri. L'un d'eux paraît être devenu diabétique dans les trente-

six heures qui ont suivi l'opération, comme si le traumatisme opératoire avait déterminé la glycosurie. Furet n'a pas suivi de règles spéciales en ce qui concerne le procédé opératoire. Après avoir trépané l'antre, il s'est laissé guider par les lésions. Les suites opératoires ont été simples et ne méritent pas de mention particulière.

**LUC. — Mastoïdite aiguë compliquée de paralysie de la sixième paire chez un diabétique. Persistance de la suppuration profuse de la caisse et production d'une fusée cervicale profonde, en dépit d'une antrotomie largement pratiquée. Seul l'évidement pétro-mastoïdien amène la fin de l'otorrhée et la guérison de la paralysie oculaire.** — Luc, sous ce long titre, résume les points essentiels de l'observation d'un malade de 50 ans, pris, le 24 décembre dernier, d'une otite moyenne aiguë suppurée ayant déterminé l'ouverture spontanée du tympan. Vers la même époque, apparaissaient les premiers symptômes du diabète, qui était reconnu le 14 janvier.

Luc, consulté pour la première fois le 4 avril, conseilla l'antrotomie, malgré l'absence de signes locaux mastoïdiens et intervint le surlendemain. Contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, la suppuration de la caisse persista profuse, malgré cette intervention, et même une fusée profonde cervicale se produisit un mois plus tard, malgré des pansements fréquents et minutieux, et se compliqua d'œdème laryngé, dont on n'eut raison que par des débridements étendus. L'otorrhée persistant toujours, Luc se décida à pratiquer, le 18 mai, l'évidement pétro-mastoïdien, qui eut enfin raison de la suppuration tympanique en même temps qu'il amenait la disparition d'une paralysie de la sixième paire, dont le malade présentait les signes depuis la fin de mars.

LUBET-BARBON, comme ses confrères, pense que la présence du sucre n'est pas une contre-indication de la trépanation, lorsque, d'ailleurs, les autres indications se trouvent réunies. Néanmoins, si le diabète n'est pas une contre-indication, il est une raison de moins bonnes conditions dans les résultats immédiats de l'opération. M. Lubet-Barbon connaît, dans sa pratique et autour de lui, 5 cas de mort par coma, chez des diabétiques.

CASTEX a opéré récemment un vieillard diabétique de mastoïdite suppurée. Il y avait paralysie du facial et violente douleur mastoïdienne. Il n'y eut aucune suite fâcheuse à l'antrotomie. La teneur en sucre n'a pas augmenté, et l'opéré a pu reprendre ultérieurement sa vie habituelle.

CARTAZ croit que, au point de vue du pronostic des interventions chez les diabétiques, il faut tenir compte de la quantité du sucre et de l'état général du sujet. Avec la qualité du diabète varie l'importance du danger.

GEORGES LAURENS partage absolument l'avis de ses collègues, à savoir que toute mastoïdite, chez un diabétique, doit être trépanée ; jusqu'ici, il n'a rencontré qu'une série heureuse et n'a pas eu de mort à déplorer. Dans tous les cas de mastoïdite diabétique sur lesquels il a eu à intervenir, il a été frappé de la latence des symptômes : absence de température, conservation de l'état général, une légère hémicranie ; seule, une pyorrhée auriculaire abondante constituait le symptôme important.

Dans quelques cas, il a dû intervenir d'urgence en raison d'un abcès rétro-auriculaire, sous-périosté, développé sans grand fracas et sans douleur.

Il croit que le pronostic opératoire doit être extrêmement réservé et, au point de vue de l'intervention, il attache une grande importance à la rapidité de l'acte opératoire, de façon à réduire au minimum le choc traumatique ; il opère ses malades dans un demi-sommeil chloroformique. En outre, il recommande de les faire asseoir dans leur lit aussitôt réveillés, surtout s'il s'agit de malades obèses, de manière à éviter la congestion pulmonaire.

Enfin, pour éviter la déshydratation, il leur fait absorber une grande quantité d'eau, aussitôt qu'ils sont réveillés, pendant la première journée de l'opération. Peut-être, grâce à ces précautions, a-t-il dû d'avoir une statistique heureuse jusqu'à ce jour.

BOULAY n'a eu l'occasion d'opérer une mastoïdite diabétique qu'une seule fois : c'était une malade ayant 40 grammes de sucre par vingt-quatre heures. Il ne prit d'autres précautions que d'opérer le plus rapidement possible, en vingt minutes, afin d'abréger la chloroformisation. La malade guérit en cinq semaines et survécut cinq ans. Elle est morte il y a peu de temps de tuberculose rapide.

BOURGEOIS estime que deux sortes de dangers menacent l'opéré diabétique : le traumatisme et le chloroforme. Contre ce dernier, on peut remplacer l'anesthésie générale par l'anesthésie locale (cocaïne ou stovaïne). MM. Bellin et Bourgeois s'en sont fort bien trouvés chez deux malades opérés à l'hôpital Saint-Antoine.

LE MARC'HADOUR a opéré, chez une femme âgée, une mastoïdite simple ; il fit une antrotomie et crut pouvoir promettre la guérison. Deux jours après, la malade, diabétique méconnue, mourait dans le coma.

MAHU pense qu'avant d'opérer un diabétique il y a lieu de peser avec soin si, chez ce sujet en particulier, il y a plus de danger dans l'opération que dans l'expectation.

Un homme de 54 ans, diabétique, atteint de mastoïdite sans symptômes extérieurs nets, ne voulait pas consentir à se laisser opérer. Un jour, il fut frappé dans la rue d'un violent vertige suivi de chute. Le Rinne, négatif la veille, était positif le lendemain : le pus venait d'envahir le labyrinthe. Trépané d'urgence, il mourut, non pas des suites de l'intervention, mais de méningite. Opéré quinze jours plus tôt, il eût probablement été sauvé.

Au contraire, un vieillard de 72 ans, également diabétique, et atteint de mastoïdite avec suppuration profuse, est suivi depuis trois ans par Mahu, qui se félicite de ne pas l'avoir opéré.

WEISMANN conclut qu'il est évident qu'un diabétique doit être opéré comme tout autre malade; mais il n'est pas douteux qu'il faut toujours faire une réserve au point de vue du pronostic. Le chloroforme, une longue opération, les antiseptiques, sont dangereux chez les diabétiques. Aussi serait-il bon de remplacer la chloroformisation par l'anesthésie locale à la cocaïne, d'opérer le plus rapidement possible avec peu de délabrements et de faire une asepsie rigoureuse.

**KOENIG. — Sarcome à myéloplaxes de la fosse nasale droite.** — Koenig rapporte l'observation d'un homme de 60 ans, artérioscléreux, qui depuis deux ans ne présentait comme symptôme que du saignement de nez en se mouchant, de l'épiphora et un léger empatement de la joue droite. Pas de douleurs, pas de ganglions.

L'auteur découvrit dans le méat inférieur droit, près de la choane, une tumeur foncée, molle, grosse comme une noisette et sessile. A la lumière du jour, après extirpation, elle était brun foncé, couleur chocolat.

L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules géantes, tumeur rare au niveau du nez.

**PAUL LAURENS. — Volumineux angiome du voile du palais et du pharynx guéri par l'électrolyse.** — Paul Laurens présente le moulage du pharynx et du voile du palais d'une malade atteinte d'angione et actuellement guérie.

Cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, a été complètement réduite par quinze séances d'électrolyse monopolaire.

Le pôle positif, actif, est relié à une aiguille piquée dans la tumeur; le pôle négatif, indifférent, à une cuvette d'eau salée où



plongent la main et l'avant-bras (12 milliampères pendant dix minutes, comme intensité). Il est nécessaire d'élever et d'abaisser cette intensité d'une façon lente et progressive. Il faut, de même, inverser le courant pendant une demi-minute pour détacher l'aiguille adhérente à l'escarre.

**G.-A. WEILL. — Les effets du sérum antituberculeux de Marmorek dans la tuberculose laryngée.** — G.-A. Weill rapporte qu'une expérience de deux ans montre que le sérum antituberculeux de Marmorek possède une action spécifique sur les lésions récentes ou peu étendues du larynx.

Douze malades se trouvant dans ces conditions favorables ont donné 7 très bons résultats, 4 améliorations, 1 insuccès.

Les lésions anciennes ou étendues du larynx sont souvent améliorées pour un temps variable par le sérum. Cette remarque a pu se vérifier 11 fois sur 19 cas de tuberculose laryngée grave.

L'amélioration et la régression des lésions sont remarquablement rapides sous l'influence du sérum.

Jamais le sérum ne s'est montré nuisible.

Malheureusement, son action est faible sur les lésions pulmonaires avancées, qui, très souvent, compliquent la tuberculose laryngée.

Le sérum est administré par voie sous-cutanée d'abord, puis en lavements; la dose quotidienne est de 5 à 10 centimètres cubes. On suspend en moyenne le traitement pendant une semaine sur quatre.

---

#### SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES.

*Séance du 2 novembre 1906.*

*Président : J.-B. BALL.*

**J.-B. BALL. — Tumeur du pharynx.** — Chez cette malade, âgée de 53 ans, s'est développée d'abord lentement pendant quatre ans, puis plus rapidement depuis un an, une tumeur de la grosseur d'une mandarine, située à gauche et ayant refoulé en avant le palais

mou. Cette tumeur est dure et élastique. Extérieurement, juste derrière la branche montante du maxillaire inférieur, il y a une tuméfaction dure, apparemment continue avec la tumeur interne. Pas de douleurs; simplement une petite difficulté à la déglutition, et, de temps en temps, un peu de gêne respiratoire la nuit.

*Discussion.*

BUTTLIN. — Il n'y a guère de doute que la tumeur que l'on sent derrière l'angle de la mâchoire ne soit en continuité avec la tumeur palatine.

Buttlin a eu un cas analogue, dans lequel, au cours d'une première opération, après avoir incisé le palais sur la ligne médiane, on ne trouva qu'un peu de liquide; quelque temps après, il s'était développé une tuméfaction au-dessus de la partie inférieure de la parotide. L'opération montra une tumeur nettement délimitée, encapsulée, doublant la parotide, reposant sur la base du crâne et que l'examen prouva être un endothéliome typique.

DUNDAS GRANT a eu deux cas analogues qu'il a pu opérer par la voie palatine.

E.-W. ROGGHTON, s'il en juge d'après un cas personnel, pense que la tumeur doit être abordée par la bouche.

FITZGERALD POWELL pense que la tumeur s'implante sur l'angle de la mâchoire et qu'il s'agit plutôt d'un fibro ou d'un adénosarcome.

J.-B. BALL. — **Tuméfaction du repli ary-épiglottique gauche.** — Depuis trois mois environ, le malade, âgé de 57 ans, se plaint de gêne dans la gorge. De bonne santé habituelle, il ne présente rien à la poitrine ni dans les urines. A l'examen, on trouve de l'épaississement des replis pharyngo-laryngés, qui se prolonge vers le larynx sous forme de deux tuméfactions symétriques, très prononcées de chaque côté de la paroi postérieure du pharynx. Du côté gauche, il y a une tuméfaction pâle, œdémateuse, pyriforme, comprenant le repli ary-épiglottique et l'aryténoïde. L'administration de l'iode n'a pas amené de modifications.

*Discussion.*

DUNDAS GRANT pense qu'il s'agit d'un de ces œdèmes chroniques dont on a présenté plusieurs cas récemment et dont la nature est très obscure.

H. BARWELL croit à de l'hyperplasie chronique.

JOBSON HORNE. — La tuméfaction aryténoïdienne est due à de l'œdème. A l'autopsie d'un cas analogue, il trouva un œdème purement localisé, avec une petite ulcération entre les cartilages de Santorini et de Wrisberg, ayant légèrement endommagé le cartilage sous-jacent. Il n'y avait aucune affection laryngée. La mort était due à de la néphrite chronique interstitielle.

J.-B. BALL. — **Papillome nasal.** — Cette femme, âgée de 50 ans, s'est plaint depuis plusieurs mois d'obstruction nasale à gauche. Pas d'écoulement nasal ni d'hémorragie. Dans la région antérieure de la fosse nasale gauche, on trouve quelques tumeurs verruqueuses implantées sur le septum, le plancher et le cornet inférieur.

*Discussion.*

H. TILLEY pense à un cancer, peut-être à de la tuberculose.

BALL, en réponse à une question de Pegler, dit que les fragments enlevés avaient un aspect verruqueux, mais que l'examen n'en a pas été fait.

ST.-CLAIR THOMSON. — **Tuberculose laryngée complètement guérie depuis trois ans sans traitement local chez un homme de 55 ans.** — Cas de tuberculose laryngée et pulmonaire nettement caractérisée avec bacilles dans les crachats et qui cicatrisa les lésions laryngées uniquement avec le traitement général.

ST.-CLAIR THOMSON. — **Tuberculose laryngée étendue chez une femme de 40 ans, ayant guéri sans traitement local, mais ayant déterminé de la sténose de la glotte. Trachéotomie. Guérison maintenue depuis un an.** — Le larynx est complètement cicatrisé. Les deux cordes possèdent une légère mobilité, mais évidemment limitée par du tissu cicatriciel. La glotte est réduite à une fente. A part cela, tout le larynx est normal.

*Discussion.*

J.-B. BALL. — Dans le cas que j'ai examiné, les lésions ont guéri si complètement qu'on ne pourrait songer qu'il y ait jamais eu de tuberculose. Ces deux cas prouvent que la laryngite tuberculeuse peut guérir sans traitement local.

H. BARWELL insiste sur l'importance du repos du larynx.

FITZGERALD POWELL. — Ces cas sont très intéressants et montrent

que l'amélioration ou la guérison de la tuberculose laryngée dépendent dans une grande mesure de l'état des poumons. Ils soulèvent la question de savoir si la tuberculose laryngée doit être traitée dans les hôpitaux ou dans les sanatoriums.

H. SMURTHWAITE a des cas de tuberculose laryngée accentuée en traitement par le sanatorium. Chez un homme qui avait de la tuméfaction des deux aryténoïdes, une ulcération de la corde vocale droite, avec perte de la voix, s'améliora considérablement après six semaines de sanatorium.

Dans un autre cas, l'état général fut grandement amélioré après quinze jours. Les cas présentés par Thomson permettent de donner aux malades et à leur entourage un meilleur pronostic.

DUNDAS GRANT demande si, en cas de dysphagie produite, par exemple, par une ulcération de la partie postérieure des aryténoïdes, Thomson adjoindrait le traitement local à la cure de plein air.

WATSON WILLIAMS. — Ces cas montrent l'excellence de la cure de plein air, combinée avec le complet repos du larynx. Cependant on peut être beaucoup aidé par l'ablation locale du foyer malade.

DE HAVILAND HALL a soigné, il y a deux ans, un homme de 72 ans pour tuberculose laryngée (ulcération des cordes) avec tuberculose pulmonaire au début et bacille dans les crachats. Le malade fut envoyé au grand air, avec pour traitement local des pulvérisations antiseptiques; trois mois après, il avait augmenté de poids, les ulcérations étaient complètement guéries neuf mois plus tard, les signes pulmonaires avaient disparu. Ce fait est absolument remarquable, étant donné l'âge du malade.

ATWOOD THORNE a vu, il y a cinq ans, un homme buveur, avec tuberculose marquée du larynx, guérir en quatre mois, sans traitement local.

ST.-CLAIR THOMSON. — La femme trachéotomisée avait de l'œdème aryténoïdien, mais n'avait d'ulcération que dans la région glottique. Les cas présentés n'ont pas été envoyés dans des sanatoriums. Les malades traités par le grand air n'ont pas besoin de traitement local.

ST.-CLAIR THOMSON. — **Opération de Killian pour sinusite frontale double.** — L'auteur présente un malade opéré en juin dernier. Les sinus étaient très grands. A part un peu de dépression au niveau du sinus frontal gauche, le résultat esthétique est excellent. Cela est dû à la conservation soigneuse du « pont de Killian » et de la cloison intersinusale, ainsi qu'à l'affrontement soigneux des incisions. Le patient a eu un peu de pus dans la narine droite, provenant sans doute d'une cellule éthmoïdale.

*Discussion.*

STUART LOW. — La dépression du côté gauche est assez accentuée. Il conseille d'injecter de la paraffine pour supprimer la difformité.

ST.-CLAIR THOMSON, à une objection de l'auteur précédent, dit que Killian recommande de faire curvilignes toutes les incisions sur les opérations de la face ; suivant les courbes naturelles du visage, elles sont moins visibles.

H.-J. DAVIS. — **Sténose du larynx.** — Il s'agit d'une femme de 44 ans, avec dyspnée et stridor durant, d'après elle, depuis douze mois. La glotte est sténosée et ulcérée. Elle a eu quatre pleurésies et présente des signes d'épaississement pleural à gauche. Pas de douleur, pas de ganglions. La malade a beaucoup maigri.

*Discussion.*

DUNDAS GRANT. — Il s'agit de tuberculose.

SCANES SPICER. — **Cancer inopérable de l'isthme du gosier traité par le sérum de « Micrococcus neoformans ».** — Malade de 75 ans, déjà montré le 1<sup>er</sup> juin. Sous l'influence du traitement, le malade a augmenté le poids. La tumeur a diminué en un point, mais est plus proéminente en un autre.

*Discussion.*

J.-B. BALL pense qu'il y a une légère amélioration.

B.-H. SPILSBURY donne la description histologique de la tumeur d'après une biopsie du 6 avril. Il s'agit d'un carcinome à cellules rondes avec nombreuses figures de karyokinèse. Une seconde biopsie, pratiquée six mois après, semble montrer en certains points une diminution de l'activité karyokinétique ainsi que la formation de tissu conjonctif adulte.

SCANES SPICER. — La tumeur paraît plus considérable depuis quinze jours.

Les injections ont été faites régulièrement. Leur influence favorable paraît être suffisamment prouvée par ce fait que, depuis dix-huit mois que le malade est en observation, il est plutôt mieux.

L'auteur a un second cas considérablement amélioré (diminution de la tumeur, augmentation de la mobilité de la langue).

**STUART LOW. — Immobilisation de la corde vocale droite avec dysphagie pour les liquides.** — La malade, âgée de 36 ans, se plaint depuis trois mois, et progressivement, de difficulté pour avaler les liquides. Dans les antécédents, on relève des attaques de rhumatisme, la grippe il y a un an et, depuis, des rhumes fréquents. Il n'y a pas de difficulté pour la déglutition des solides, pas plus que pour faire passer la plus grande des bougies œsophagiennes. Si on la fait boire, le liquide vient d'entrer dans la partie supérieure de l'œsophage quand elle commence à tousser, comme si des gouttelettes étaient entrées dans le larynx. Les liquides chauds la feraient plus tousser que les froids. La corde vocale droite paraît fixée en position cadavérique.

A part un engorgement ganglionnaire profond à la partie supérieure du cou, l'examen du reste du corps ne révèle absolument rien. Rien à la radiographie. Perte des forces et diminution de poids.

On peut peut-être expliquer ces symptômes par l'existence d'une tumeur œsophagienne comprenant le récurrent droit.

#### *Discussion.*

**DE HAVILLAND HALL.** — L'année dernière, j'ai eu une femme de 23 ans, qui se plaignait d'un léger mal de gorge et de difficulté pour avaler les liquides, quoique les solides passent parfaitement. Il y avait de la parésie de la corde vocale droite. La malade avait été exposée au froid. Il s'agissait de névrite légère. Elle s'améliora rapidement avec l'iodure et l'électricité.

**FITZGERALD POWELL** pense que, comme dans un cas présenté par lui, il y a quelque temps, la cause de la paralysie est l'influenza ; ce serait une paralysie toxique.

**STUART LOW.** — L'influenza est survenue il y a trois mois ; on peut donc l'éliminer. Il essaiera l'iodure.

**WATSON WILLIAMS. — Épithélioma du larynx.** — La tumeur comprend l'épiglotte, le repli ary-épiglottique droit, et s'étend au repli glosso-épiglottique droit et à la portion adjacente de la paroi latérale du pharynx. Il y a un engorgement ganglionnaire au niveau de l'os hyoïde. L'examen histologique a donné un résultat positif. Le cas est montré pour savoir s'il faut opérer.

**ST.-CLAIR THOMSON. — Affection maligne du larynx chez un syphilitique.** — Ce malade, âgé de 60 ans, a contracté la syphilis il y

a vingt-cinq ans. Il a perdu la voix, il y a un mois. Toute la moitié droite du larynx est recouverte d'une infiltration diffuse ulcérée. Pas de fongosités, pas de sphacèles, pas d'odeur. Les ganglions rétro-maxillaires droits sont pris. Le traitement antispécifique n'a pas donné de résultat appréciable. Faut-il l'essayer à nouveau. Est-ce bien une tumeur maligne et, dans ce cas, faut-il faire une hémilaryngectomie.

DUNDAS GRANT. — **Lympho-sarcome glosso-épiglottique.** — Malade âgé de 34 ans, qui souffre depuis trois mois. La tumeur est irrégulière, d'aspect charnu; mais sa surface est lisse. La tumeur occupe la partie postérieure de la langue. Pas de ganglions. Pas de troubles de la voix ni de la respiration. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un lympho-sarcome typique.

Quelle méthode opératoire faut-il suivre ? L'auteur pense qu'il suffira d'une pharyngotomie transhyoïdienne.

*Discussion.*

BUTTLIN. — Il faut rapprocher les trois cas précédents. Dans tous, la tumeur occupe la base de la langue et la partie supérieure du larynx. Dans deux d'entre eux, il y a des ganglions. Dans tous, néanmoins, il faut opérer.

Ainsi qu'il l'a fait plusieurs fois, l'auteur conseille de lier et de réséquer, dans un temps préalable, la carotide externe et ses branches, et même celles de l'autre côté.

*Note additionnelle.* — L'opération a été ainsi pratiquée, et le malade est actuellement en bon état.

W.-H. KELSON. — **Ulcération (maligne) ? de la base de la langue.** — Chez un homme de 48 ans. Le malade se plaint depuis plusieurs mois d'altération de la voix et de tuméfaction dans la gorge.

Admis en août, on lui trouve une tuméfaction de la base de la langue, grande, rouge, arrondie. La langue ne peut être propulsée. Sur le côté droit de la tumeur, il y a une ulcération. Les ganglions sous-maxillaires sont pris des deux côtés. Un mois après son admission, le malade a une hémorragie profuse; mais, depuis, il a augmenté de poids et se porte mieux. Le traitement antisypilitique n'a rien donné. Il n'y a ni tuberculose ni actinomycose.

H.-J. DAVIS. — **Papillome du larynx.** — Chez une jeune fille de 18 ans. Il s'agit d'une récurrence, car il y a trois ans, toute la tumeur fut enlevée avec la pince à polype.

*Présentations.*

WATSON WILLIAMS. — 1° Un compresseur de la langue pour les opérations sur la bouche ;

2° Des dessins de sa méthode opératoire des déviations de la cloison, dont le point principal consiste à faire une petite incision du côté concave, correspondant à la future incision transcartilagineuse et qui permet d'amorcer le décollement de la muqueuse de ce côté et d'éviter ainsi sa blessure.

---

*Séance du 7 décembre 1906.*

*Président : J.-B. BALL.*

J.-B. BALL. — **Kyste du plancher de la fosse nasale droite.** — La malade est âgée de 52 ans. Elle présente une tuméfaction à la partie antérieure du plancher de la fosse nasale droite ; la tuméfaction était évidemment un kyste, existant depuis neuf ou dix ans. Il y a une légère difformité, mais pas de gêne, et la malade ne désire pas être opérée.

*Discussion.*

DAVIS a montré un cas analogue, il y a quelques années, se reproduisant après chaque ponction. Il s'étendait au cornet inférieur. Il s'agit probablement d'un kyste glandulaire par rétention.

ROBINSON, au contraire du précédent, dit que ces kystes se voient également chez l'homme.

HERBERT TILLEY en a traité un qui disparut après l'ablation d'une incisive.

LAMBERT LACK pense aussi que ce sont des kystes d'origine dentaire.

ST.-CLAIR THOMSON est aussi du même avis. Comme il l'a fait une fois, il faut les disséquer à la fois par la gencive et par la fosse nasale.

FELIX SEMON. — **Paralysie de la moitié droite de la langue, du palais, de l'abducteur du larynx, au cours d'une pachyméningite syphilitique.** — Le malade est âgé de 42 ans. Pas



d'histoire nette de syphilis. Il y a deux ans et demi, il perdit subitement la puissance de sa jambe droite, puis, il y a un an, celle de sa jambe gauche. Il peut marcher, mais les deux jambes sont faibles et n'ont pas, surtout la gauche, leur propre sensibilité. Depuis cinq mois, sa voix est devenue rauque. Il est sujet à des maux de tête généralisés.

A son admission, la cérébration est très lente; l'odorat est émuoussé, surtout à droite, le goût également. Pas de diminution du champ visuel, pupille gauche petite, ptosis double léger; pas de troubles des mouvements oculaires.

Parésie du facial droit. Parésie de la moitié droite du palais. Paralyse de l'abducteur droit du larynx. Langue déviée à gauche. Un peu de difficulté pour la déglutition des solides. Légère faiblesse du bras droit. Phénomènes de contracture dans les deux jambes. Diminution de la sensibilité dans toute la moitié gauche du corps. Exagération des réflexes.

De cette description résulte l'existence d'une pachyméningite de la base, englobant un certain nombre de nerfs à leur sortie des fosses crâniennes moyenne et postérieure. Elle donne lieu, entre autres symptômes, au complexe symptomatique (paralyse du même côté de la langue, du palais et du larynx) décrit par Jackson et Morell Mackenzie, Bernhardt, Barlow et d'autres.

Le malade n'a pas été amélioré par le mercure, ni par l'électricité, ni par le massage.

DUNDAS GRANT. — **Nævus du pharynx.** — Le malade est âgé de 20 ans. Le nævus occupe la moitié gauche du palais, de l'isthme et du pharynx. Extérieurement, le long et derrière l'angle de la mâchoire, il y a une tuméfaction donnant la sensation « vermienne » d'une tumeur vasculaire. Faut-il le traiter par l'électrolyse, le galvano-cautère, ou faut-il l'exciser après ligature des branches de la carotide externe ?

#### *Discussion.*

BENNETT et J.-B. BALL disent que, du moment qu'il n'y a pas d'accidents, il n'y a qu'à laisser la tumeur.

FITZGERALD POWELL a vu plusieurs cas analogues. Le mieux est de ne pas y toucher, à moins qu'il ne survienne des hémorragies.

H.-J. DAVIS. — **Fétidité nasale** (pour diagnostic). — Cette fétidité est survenue brusquement, il y a deux mois, chez une femme

de 43 ans. Il y a de la rhinite hypertrophique et du pus à la voûte du cavum; mais l'auteur n'est pas sûr qu'il y ait là une ulcération. Rien à l'éclairage des sinus.

*Discussion.*

HERBERT TILLEY. — Il y a des restes d'adénoïdes, qui suppurent en cinq ou six points; c'est un abcès chronique localisé dans la tumeur rétro-nasale. Ainsi s'explique bien l'odeur. Lui-même a enlevé chez un malade de 35 ans, qui se plaignait de mauvaise odeur et de céphalée, des adénoïdes suppurées. Malgré un badigeonnage au chlorure de zinc et de fréquents lavages, elle présentait les symptômes d'une infection septique et fit une sinusite maxillaire aiguë, qui dura une semaine.

Dans le cas présent, après l'ablation, il faudra réséquer le cornet inférieur hypertrophié, explorer complètement les fosses nasales et, avec le spéculum de Killian, leurs parties profondes. Enfin il est possible qu'il y ait une suppuration du sinus sphénoïdal.

DAVIS croit également à une sphénoïdite, à cause de la quantité de pus, à moins qu'il ne s'agisse de la rare maladie de Tornwald, dont il n'a vu que deux cas. Le mieux est d'enlever tout d'abord le paquet d'adénoïdes.

H.-J. DAVIS. — **Néoplasie du larynx** (pour diagnostic). — Le malade, âgé de 44 ans, a été pris subitement, il y a six semaines, de stridor, tirage, légère dysphagie. L'ouverture du larynx est oblitérée par l'infiltration des aryténoïdes. Rien au thorax. Il doit y avoir quelque chose, — syphilis, tuberculose ou cancer, — pour expliquer la gravité inaccoutumée des symptômes.

*Discussion.*

GRANT pense que l'œdème des aryténoïdes est secondaire à du tertiariisme de la partie postérieure du larynx.

JOBSON HORNE. — On peut exclure le cancer et la tuberculose. Reste à savoir s'il n'y a pas de compression d'origine intestinale. Aussi faudra-t-il faire la radiographie.

CHICHELE NOURSE. — Les bandes sont très tuméfiées. Il s'agit probablement du tertiariisme, et il pense qu'il y a de la péri-chondrite.

ST.-CLAIR THOMSON croit aussi à du tertiariisme. 'A l'autopsie

d'un cas analogue, il trouva un épaississement pédiculé, de consistance fibreuse, quoique, au laryngoscope, il parût, comme ici, semi-transparent.

FELIX SEMON. — Certainement il y a de la périchondrite avec infiltration oedémateuse; mais il est impossible de dire quelle en est la nature. Et on ne peut exclure d'emblée la tuberculose ou l'épithélioma.

J.-B. WAGGETT conseille l'examen direct de Killian, pour pouvoir examiner la partie postérieure du cricoïde.

DAVIS est de l'avis de Semon. Ce qu'il y a de remarquable, c'est la rapidité avec laquelle il est devenu malade et celle avec laquelle il s'est amélioré. Si c'était de la tuberculose, l'iodure administré au malade aurait aggravé les choses.

ST.-CLAIR THOMSON. — **Pansinusite.** — Chaque cavité a été traitée chirurgicalement, excepté le sphénoïde droit.

L'ouverture dans le sinus gauche est très visible, ainsi que le dégagement complet des cellules fronto-ethmoïdales gauches. Le Killian a été fait de chaque côté avec ablation entière du toit de l'orbite. Par suite de la persistance de la suppuration, des opérations répétées sur les cellules fronto-ethmoïdales furent nécessaires. Grâce au massage et à la conservation du pont de Killian, il n'y a pas de défiguration.

#### *Discussion.*

SCANES SPICER. — Le résultat est parfait à gauche. A droite, il ne croit pas que le drainage soit suffisant, ainsi que le prouvent la tuméfaction des tissus et la présence de petites proliférations polypôides dans la partie supérieure de la fosse nasale.

G.-C. CATHCART. — **Kyste du repli ary-épiglottique gauche.** — La tumeur, du volume d'une noisette, se projette au-dessus de la bande ventriculaire et a l'apparence d'un kyste tendu.

FELIX SEMON. — Après la simple ponction, ces kystes se remplissent de nouveau. Si la tumeur détermine quelque trouble respiratoire, il faut l'extirper en totalité, car l'ablation partielle n'empêche pas la récurrence.

JOBSON HORNE recommande, comme il l'a fait, l'anse galvanique.

CATHCART, à une question du président, répond que la tumeur a été découverte tout à fait par hasard, la malade n'ayant aucun symptôme de ce côté.

CATHCART. — **Ulcération de l'espace interaryténoïdien** (pour diagnostic). — Le malade, âgé de 52 ans, a de la dysphagie depuis six semaines.

*Discussion.*

DAVIS. — L'état du larynx est insuffisant pour expliquer tous les symptômes; ils doivent relever plutôt d'une affection de l'œsophage.

FURNISS POTTER. — Il n'y a pas d'ulcération. A-t-on fait le cathétérisme de l'œsophage?

CATHCART répond à ROBINSON qu'il n'y a pas de bacilles dans les crachats.

CATHCART. — **Paralysie complète de l'abduction.** — Femme de 86 ans, trachéotomisée. La corde gauche est en position cadavérique; la droite est légèrement mobile.

*Discussion.*

J.-B. BALL. — Quelle est la cause de cette paralysie?

CATHCART répond à GRANT qu'il vit la malade en juillet avec de l'œdème laryngé et qu'elle fut mise au traitement spécifique, mais très peu de temps, la malade n'étant pas revenue. Il y a deux mois, elle revint, et on fut obligé de la trachéotomiser.

LAMBERT LACK. — **Un cas de persistance de l'organe de Jacobson.**

ROUGHTON. — **Épithélioma de la langue et du larynx.**

*Discussion.*

SCANES SPICER. — Si l'on opère, il faut faire la laryngectomie totale et même faire l'ablation d'une partie du pharynx. Dans un premier temps, il faut enlever les ganglions.

SCANES SPICER. — **Œdème chronique du larynx** (pour diagnostic). — La malade, âgée de 24 ans, est institutrice. Cet œdème occupe l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques.

Il ressemble à de la tuberculose; mais un examen approfondi, — par toutes les méthodes cliniques et de laboratoire, — a été négatif.

*Discussion.*

JOBSON HORNE et J.-B. BALL. — Si on ne tient compte que de l'aspect local, cela ressemble à de la tuberculose.

LACK a vu le cas il y a quelques mois. Au début, les aryténoïdes étaient œdématisés; le reste du larynx était indemne. Cependant l'état général permet d'éliminer la tuberculose. Il n'y a pas de raison de penser à la syphilis.

C.-A. PARKER a également vu le malade auparavant. Il fit faire la radiographie, qui ne montra absolument rien.

SCANES SPICER. — **Un cas d'achondroplasie chez un enfant âgé de 3 ans.**

WATSON WILLIAMS. — **Épithélioma du larynx** (déjà montré à la séance précédente). — Il a été traité par le sérum de *Micrococcus neoformans*, qui paraît l'avoir amélioré un peu. La biopsie a confirmé le diagnostic d'épithélioma.

*Discussion.*

ROBINSON. — Le larynx a meilleur aspect, mais la tumeur a augmenté de volume.

LACK. — Il vaudrait mieux intervenir avant qu'il ne soit trop tard.

HERBERT TILLEY. — **Œdème dur de la partie inférieure du front, des parties latérales du nez et des paupières inférieures.** — Chez un homme de 43 ans. L'auteur pense que le point de départ a été la peau avoisinant le sac lacrymal gauche, à la suite d'une petite écorchure. Les parties sont rouges et tuméfiées, comme si le malade avait été piqué récemment. Au toucher, la région est dure et tendue, mais non douloureuse.

Il a des céphalées violentes. On a opéré les sinus, mais on les a trouvés sains.

*Discussion.*

ROBINSON a vu 3 ou 4 cas analogues et qu'il pensait être des érysipèles ou des lymphangites chroniques avec poussées aiguës. Il faut essayer le sérum anti-streptococcique.

GRANT pense qu'il s'agit d'un épanchement sanguin chez un pré-disposé et conseille le chlorure de calcium.

STEWART est de l'avis de Robinson. Il a soigné une jeune femme pour des attaques répétées d'érysipèle, de plus en plus atténuées et actuellement un œdème dur de même siège que celui-ci. Son intention est de chercher si son index opsonique par le streptocoque est particulièrement bas et, dans ce cas, d'essayer un sérum.

STUART LOW a en observation un petit garçon qui présente un aspect analogue. Il avait des attaques répétées d'érysipèle en rapport avec une rhinite purulente.

SCANES SPICER penserait au lupus érythémateux.

DAVIS rejette l'idée d'érysipèle et conclut à un œdème angio-névrotique.

JOHNSON HORNE est du même avis. Il s'agit de ces cas d'œdèmes chroniques, peu décrits et mal connus, de durée très longue, rebelles au traitement, probablement liés à une infection dont le siège serait intranasal.

ROBINSON rappelle l'observation d'un de ses malades ayant de l'œdème para-orbitaire, avec engorgement ganglionnaire chronique du cou. Il considère qu'il y a quelque obstruction lymphatique causant l'épaississement de la région.

J.-B. BALL a vu plusieurs cas analogues, qu'il a toujours étiquetés lymphangite.

HERBERT TILLEY, dans ses réponses, dit qu'il n'a vu aucune affection dans le nez. Les nombreux dermatologistes qui ont vu le malade n'ont pas songé à de la lymphangite.

**HERBERT TILLEY. — Sinusite frontale chronique. Opération radicale, avec fermeture immédiate de la plaie.** — Le malade, âgé de 22 ans, se plaignait depuis son enfance d'écoulement nasal abondant et purulent. L'examen rhinoscopique confirme le diagnostic.

On enleva la paroi antérieure du sinus. Un large drainage fut établi par le nez. Suture immédiate de la plaie. Il n'y a ni difformité ni sécrétion de pus dans la cavité nasale droite.

---

*Séance du 4 janvier 1907.*

*Président : J.-B. BALL.*

WATSON WILLIAMS. — **Radiographies stéréoscopiques de sinus,** révélant la présence de pus dans quelques-uns d'entre eux.

ST.-CLAIR THOMSON. — **1° Résection sous-muqueuse de la cloison chez un homme de 37 ans.** — Les pièces comprennent une grande épine maxillaire et une déviation élevée avec un bord vertical. La défiguration extérieure a été améliorée par l'opération.

**2° Résection sous-muqueuse chez un garçon de 15 ans.** — Les pièces comprennent une grande épine maxillaire et une saillie osseuse verticale enlevée très loin en arrière.

*Discussion.*

SCANES SPICER trouve l'ablation très complète.

Il opère, sauf exception, par l'anesthésie locale, qu'il a employée dans 22 cas depuis sept mois.

H. SMURTHWAITE rappelle qu'il y a dix-huit mois il a rapporté 37 cas opérés sous l'anesthésie locale, aussi bien chez les femmes que chez les hommes, et où il a pu enlever des morceaux grands comme un florin. Naturellement les nerveux sont plus difficiles. Avec l'adrénaline, l'opération peut être menée sans perte de sang.

FITZGERALD POWELL préfère l'anesthésie générale chez les femmes et les enfants. En dehors de cela, il emploie l'anesthésie locale, qui facilite les mouvements opératoires et laisse le champ opératoire libre.

FURNISS POTTER, pour les mêmes raisons, préfère la cocaïne, qu'il emploie aussi chez les femmes et les enfants, à qui il suffit d'expliquer qu'ils ne souffriront pas.

HERBERT TILLEY. — Dans les nez étroits, il y a avantage à employer des spéculums fenêtrés, ce qui permet d'introduire des pinces plus larges. En ce qui concerne l'anesthésie, cela dépend des patients, dont certains sont agités, avec l'anesthésie locale, malgré la persuasion.

ST.-CLAIR THOMSON est également de cet avis : certains patients sont effrayés par les instruments.

Il décrit rapidement l'instrumentation qu'il emploie.

En ce qui concerne la durée, on peut faire l'ablation en quinze à vingt-huit minutes.

L'un des patients fut opéré à la cocaïne en quarante-cinq minutes ; l'autre sous chloroforme, en deux heures (mais l'anesthésie était mal faite et d'ailleurs difficile).

La grande difficulté est d'enlever la crête maxillaire et les épines osseuses situées loin en arrière.

En réponse à une question de POTTER, concernant la déformation des os du nez d'un des opérés, Thomson dit qu'il cherchera à l'améliorer en intervenant soit par l'extérieur, soit par la cavité nasale.

HORSFORD. — **Kyste du plancher de la fosse nasale gauche.** — La malade, âgée de 43 ans, présente un kyste du plancher de la fosse nasale gauche, refoulant le cornet inférieur. Il y a une histoire d'abcès gingival au niveau de l'incisive latérale gauche, il y a cinq ans, en même temps que la dent cariée se brisait ; le chicot fut enlevé, il y a six mois.

#### *Discussion.*

SCANES SPICER a vu deux cas analogues. L'un d'eux récidiva plusieurs fois après incision par le nez, jusqu'au jour où le kyste fut disséqué par voie gingivale.

BETHAM ROBINSON. — La dent cariée doit être enlevée. En agrandissant légèrement, on constitue un drainage suffisant.

JOBSON HORNE. — **Tumeur kystique du larynx.** — Présentations de préparations microscopiques.

W.-H. KELSON. — **Tumeur du palais.** — Depuis six ou huit semaines, une femme de 63 ans a remarqué une tumeur du palais, qui existait probablement depuis plus longtemps. Il y a cinq ou six ans, on lui a extirpé des chicots près de l'origine de la tumeur. A l'examen, on trouve à droite, à la jonction du palais mou et du palais osseux, une tumeur d'un pouce carré, partant du rebord alvéolaire. Elle est ferme, mobile, non adhérente à la muqueuse. Pas de ganglions.



*Discussion.*

P. DE SANTI. — C'est un fibro-adénome.

SMURTHWAITE est du même avis, s'il en juge d'après un cas analogue opéré par lui.

ROBINSON songerait à un endothéliome.

W.-H. KELSON. — **Ulcération de l'épiglotte et de la base de la langue.** — Le malade, âgé de 69 ans, se plaint de difficulté à avaler et d'amaigrissement depuis neuf mois. A l'examen, on trouve une masse dans la région de la base de la langue, envahissant l'épiglotte et ulcérée à ce niveau. Il y a des ganglions carotidiens et sous-maxillaires.

*Discussion.*

ROBINSON. — Il n'y a pas de doute qu'il s'agisse d'une affection maligne et selon lui inopérable.

DE SANTI. — **Laryngite syphilitique tertiaire chez un homme de 29 ans. Discussion du traitement.** — Le malade vint consulter pour enrouement, douleur à la déglutition et amaigrissement. L'épiglotte est rouge, infiltrée et tellement augmentée de volume qu'on ne put examiner le larynx. Étant donnés ces symptômes, on pourrait songer à la tuberculose.

Mais il n'y a rien à l'auscultation, et les crachats ne renferment pas de bacilles. Par contre, il y a du tertiarisme manifeste de la langue. Quoique le traitement n'ait pas amené de résultat, et après avoir songé un moment à une association possible de tuberculose et de syphilis, de Santi pense qu'il ne s'agit que de syphilis. Il demanda l'avis de ses collègues sur le traitement, afin d'éviter la sténose.

*Discussion.*

ST.-CLAIR THOMSON. — Il y a une légère ulcération. Ce malade doit avoir de la tuberculose greffée sur sa syphilis. Il faut donner le mercure, non par la bouche, mais en injection.

A. LIEVEN regarde le cas comme uniquement spécifique. Si l'on emploie le calomel, il ne faut pas donner en même temps d'iode, sans quoi on risquerait de déterminer une tuméfaction de la muqueuse, fatale dans le cas présent. Il recommande la trachéotomie, pour mettre l'organe au repos, et aussi à cause de la sténose.

J.-B. BALL. — **Affection (syphilitique?) du larynx.** — Femme mariée de 47 ans, ayant eu 10 enfants dont 4 mort-nés et une fausse couche. Elle dit avoir été toujours bien portante. Elle a de l'enrouement depuis six mois et de la dyspnée progressive depuis deux mois.

Quoique la malade ne se soit jamais plaint de la gorge, on trouve deux espèces de petites cicatrices sur le palais mou. Sur la corde gauche, il y a une tuméfaction pâle; la corde elle-même est immobilisée. Dans la sous-gllotte du même côté, il y a également une tuméfaction.

*Discussion.*

HERBERT TILLEY. — La corde vocale droite est aussi légèrement œdématisée. Il y a de l'hyperplasie sous-glottique. Étant donnés les antécédents, il faut faire le traitement antispécifique. D'ailleurs, localement, on ne pourrait que toucher la tuméfaction au galvano-cautère, ce qui risquerait de déterminer une vive irritation, sans peut-être grand résultat.

FITZGERALD POWEL. — Il semble qu'il s'agisse d'une tumeur venant du ventricule et recouvrant la corde. C'est probablement syphilitique; mais il faut songer à la tuberculose et examiner les crachats.

SCANES SPICER est du même avis.

ST.-CLAIR THOMSON. — Il y a beaucoup d'infiltration sous-glottique des deux côtés et une sténose sous-glottique marquée. Il faut faire la trachéotomie et donner le mercure par voie cutanée. Ainsi qu'il l'a vu bien des fois, on évitera probablement aussi la sténose, fatale sans cela.

SCANES SPICER. — **Épithéliome du larynx.** — Malade déjà montré deux fois, inopérable, mais qui paraît légèrement amélioré par le traitement de Wright.

HORSFORD. — **Affection de l'amygdale avec retentissement ganglionnaire énorme.** — Malade entré en décembre pour mal de gorge durant depuis six semaines; cinq jours après, on lui enlève l'amygdale droite, ce qui amena une forte hémorragie; deux jours après, le malade a eu des frissons, et depuis la tuméfaction ganglionnaire continue d'augmenter.

*Discussion.*

ROBINSON. — La question se pose de savoir si la tumeur de l'amygdale enlevée récemment était syphilitique ou non. Il ne

croit pas que le chancre puisse déterminer un retentissement ganglionnaire aussi considérable.

Il croit plutôt à une affaire maligne.

LIEVEN. — C'est impossible de dire s'il y a eu un chancre, parce que celui-ci, traité ou non, disparaît en deux ou trois mois.

Contre la syphilis, il y a l'absence de manifestations secondaires. Avant d'intervenir, il donnerait le traitement mercuriel. En cas d'échec, faire une incision dans le cas où il y aurait du pus.

DE SANTI pense aussi qu'il ne s'agit point de syphilis, mais plutôt d'une affaire maligne. Les ganglions sont étendus, durs, immobiles.

STUART LOW trouve que ce cas ressemble à celui d'un malade où il trouva un phlegmon profond avec du pus sous l'aponévrose.

ATWOOD THORNE pense à la malignité; mais il fait des réserves sur la nature inflammatoire et conseille une incision exploratrice.

JOBSON HORNE. — Il est difficile d'avoir une opinion sans avoir vu la lésion initiale. Ayant vu un état ganglionnaire analogue dans un chancre amygdalien, il conseille d'essayer le traitement antisyphilitique.

FITZGERALD POWELL. — Il ne faut pas oublier que, dans le cas présent, le larynx est touché; l'aryténoïde et la corde droits ont leurs mouvements limités. Il pense à la syphilis.

DAVIS. — Il faut faire une incision exploratrice. Il doit y avoir du pus, car il y a de l'œdème et une fluctuation profonde.

HERBERT TILLEY croit à une affaire inflammatoire, à cause de l'ascension thermique vespérale.

HORSFORD. — Il y a une semaine, l'aspect faisait penser à la syphilis. Il rappelle un cas analogue où apparurent des manifestations secondaires. L'accroissement ganglionnaire est une affaire septique et est trop rapide pour se rapporter à une affection maligne.

CATHCART (présenté par Jobson Horne). — **Pièces du fibrome du larynx présentées à la dernière séance.** — Cathcart et Jobson Horne ont examiné ensemble le malade sous la cocaïne. L'apparence kystique disparut, et il était évident qu'on avait affaire à une tumeur solide, implantée largement sur le repli ary-épiglottique. La tumeur fut alors enlevée par voie externe.

HERBERT TILLEY. — **Pièces de cartilages et d'os retirées par résection sous-muqueuse du septum**, enlevées avec le couteau de Ballenger et la pince de Luc.

*Séance du 1<sup>er</sup> février 1907.*

*Président : J.-B. BALL.*

**FURNISS POTTER.** — **Fixation de la corde vocale gauche chez une femme de 45 ans.** — Malade opérée il y a quinze ans de goitre. Elle sait qu'elle a une paralysie du côté gauche du larynx depuis quatre ans. Elle a perdu à peu près subitement la voix, il y a un an.

A l'examen, la corde gauche est fixée vers la ligne médiane ou près d'elle. La droite est mobile. L'aryténoïde gauche est tuméfié. Aux poumons, il y a des signes de vieille tuberculose à droite, mais ne paraissant pas active actuellement. Le malade a maigri. L'iodure, administré une quinzaine, n'a pas donné de résultat.

Potter pense que l'aphonie est fonctionnelle, car l'état du larynx n'est pas suffisant pour expliquer une perte aussi complète de la voix.

En ce qui concerne la fixation de la corde, il ne la croit pas due à la blessure du récurrent au moment de l'ablation du goitre, mais plutôt à une vieille arthrite crico-aryténoïdienne tuberculeuse, ayant subi la transformation fibreuse.

*Discussion.*

**BENNETT** pense que c'est le résultat d'une vieille paralysie de la corde et que l'aphonie vient de ce que les cordes n'arrivent pas en contact. Il est possible que ce défaut tienne à la faiblesse générale de la malade. Peut-être la paralysie date-t-elle de l'opération, mais, jusqu'à la récente aggravation de l'état général, la malade pouvait rapprocher suffisamment les cordes pour produire un son clair.

**J.-B. BALL** pense que, d'une part, il y a bien paralysie de la corde et, d'autre part, que la faiblesse actuelle de la voix est fonctionnelle. Étant donnés les caractères de la toux, la malade doit, pendant cet acte, rapprocher davantage les cordes que pendant la phonation.

**SMURTHWAITE.** — Le récurrent doit être compris dans des adhérences postopératoires.

**DUNDAS GRANT.** — Il y a quelque chose de plus que la paralysie de la corde, car la règle est de voir s'améliorer la voix par l'action compensatrice des muscles du côté opposé. Il pense aussi que les troubles actuels sont fonctionnels.

FURNESS POTTER. — **Tumeur de la cloison du nez.** — Chez une femme de 31 ans, se développe depuis un an une obstruction nasale droite progressive, avec légères épistaxis. A l'examen, on voit, sur la partie antérieure du septum, une tumeur rouge, sessile, vasculaire, molle, saignant au contact du stylet.

L'auteur pense à un polype saignant.

*Discussion.*

PARKER. — Le cornet inférieur est également atteint. Il s'agit de *lupus*.

J.-B. BALL. — Les lésions sont très étendues. Le septum est dévié de ce côté; aussi le curettage déterminerait-il des adhérences entre lui et le cornet. Il conseille donc, comme il l'a fait dans un cas analogue, de pratiquer au préalable la réduction de la déviation.

ST.-CLAIR THOMSON. — Il s'agit de *lupus*, ce qui pour lui constitue une contre-indication à la résection de la cloison. Il conseille la galvano-cautérisation, appliquée sur une petite surface, en différents points et profondément, pour obtenir du tissu cicatriciel.

POTTER dit n'avoir rien vu d'anormal sur le cornet inférieur. Il croit plutôt à un polype saignant, qu'il enlèvera avec le cartilage sous-jacent, mais en respectant la muqueuse du côté opposé.

STUART LOW. — **Vaste tumeur opérée du voile du palais et de la paroi gauche du pharynx.** — La malade, 65 ans, vint à l'hôpital pour mal de gorge et difficulté à la déglutition, ayant augmenté beaucoup depuis quinze jours. Les premiers troubles remontent à dix-huit mois, s'étant accrus surtout depuis six mois. Pas de ganglions. La tumeur était de consistance ferme.

Après trachéotomie préalable, on incisa le voile longitudinalement; la tumeur fut énuclée du pharynx, mais dut être disséquée du palais, auquel elle était attachée solidement. L'hémorragie fut abondante. Guérison.

L'examen histologique, fait par WYATT WINCRAVE, montre qu'il s'agissait d'endothéliome.

BETHAM ROBINSON. — **Tuberculose du larynx.** — Malade de 31 ans, ayant de l'enrouement depuis un an, avec toux sèche et un peu d'expectoration aqueuse. A part un peu d'amaigrissement, elle se trouve en bonne santé.

Le larynx est épaissi en arrière, avec des granulations verruqueuses dans la région interaryténoïdienne. La corde droite est un

peu irrégulière. Epiglotte normale. Rien à la poitrine. La malade a eu six enfants, dont quatre sont morts peu après la naissance, et une fausse couche. Antérieurement, on lui a donné le traitement antisyphilitique sans succès. Son père est tuberculeux.

*Discussion.*

BARWEL soupçonne la tuberculose. La corde droite est œdématisée, la muqueuse est décolorée, et il y a des végétations interaryténoïdiennes. L'absence de signes pulmonaires peut se trouver. Il faut d'ailleurs surveiller la température et la courbe de poids.

KELSON. — Il faut penser à un papillome, vu l'absence de commémoratifs et de signes de tuberculose. Dans ce dernier cas, il y aurait plus d'infiltration et la voix serait moins bonne.

ATWOOD THORNE écarte également la tuberculose.

St.-CLAIR THOMSON. — L'aspect de la région interaryténoïdienne, chez une femme non syphilitique, non alcoolique, est caractéristique de la tuberculose. La corde est infiltrée, et il y a une ulcération. En outre, la malade accuse de l'amaigrissement, de la faiblesse générale et des sueurs.

ROBINSON conclut aussi à de la tuberculose.

ABERCROMBIE. — **Note sur les ganglions du cou présentés à la dernière séance.** — Il s'agissait d'un abcès profondément situé, dans lequel on trouva, après incision, le streptocoque pyogène.

KELSON. — **Anomalie du cou.** — Il s'agit d'un homme de 21 ans, présentant une grosseur du côté droit du cou, ayant toujours existé, paraît-il, mais ayant en tout cas augmenté récemment. Il existe une bande sous-cutanée traversant le cou et partant de l'origine sternale du sterno-mastoïdien; à la hauteur du cricoïde, elle paraît bifurquer, la partie interne diminuant de volume et allant de la région de l'hyoïde, tandis que la partie externe va en arrière et se perd sous le sterno.

*Discussion.*

ROBINSON pense à un épaississement aponévrotique provenant du ventre antérieur du digastrique et se confondant avec l'aponévrose superficielle sur le sterno-mastoïdien.

STUART Low pense qu'il s'agit d'un muscle dur, hyoïdien, en situation anormale.

DUNDAS GRANT. — **Ulcération et infiltration de la moitié droite du larynx.** — Jeune fille de 21 ans, se plaignant d'enrouement depuis dix-sept mois et ayant eu mal à la gorge pendant deux ou trois mois. Vue pour la première fois il y a un mois, elle présentait des cicatrices fines sur la moitié gauche de l'isthme avec adhérences partielles au pharynx. Il y a un peu de tuméfaction de l'épiglotte, qui est très rouge; sur sa face inférieure, on peut voir, marquant probablement la limite supérieure, de l'ulcération. Le repli ary-épiglottique droit est infiltré et ulcéré; de même la bande ventriculaire droite. La corde est irrégulière et superficiellement ulcérée en arrière. On songea alors à la syphilis et on lui donna de l'iodure; le pharynx fut un peu amélioré, mais le larynx ne fut pas influencé. Avant de conclure à du lupus, l'auteur demande l'avis de ses collègues et s'il ne faut pas essayer le mercure.

*Discussion.*

SMURTHWAITE. — A cause des adhérences pharyngées, on doit conclure à de la syphilis. Mais, d'autre part, l'aspect mité du larynx fait pencher vers la tuberculose.

BARWELL pense à de la tuberculose, mais plutôt au lupus; c'est une sorte de cas limite. Néanmoins il faut essayer le mercure.

DUNDAS GRANT. — **Affaiblissement extrême de la voix chez un homme de 41 ans, durant depuis quatorze mois, survenu apparemment à la suite d'un refroidissement.** — La corde droite est tuméfiée et décrit une légère convexité vers la ligne médiane. Une biopsie de la bande ventriculaire qui la surplombait montra du tissu inflammatoire. On pourrait croire à de la tuberculose; mais il n'y a rien à la poitrine ni dans les crachats. Il n'y a pas d'antécédents spécifiques, et l'iodure n'a pas donné de résultats. La galvano-cautérisation n'a pas amélioré non plus la voix; on cautérise aussi à gauche un nodule vocal. Quoique pensant à de la tuberculose, Dundas Grant demande si l'on ne pourrait songer à une tumeur.

*Discussion.*

ST.-CLAIR THOMSON est frappé plutôt par le côté gauche du larynx, où il y a une infiltration de la bande ventriculaire qui recouvre la plus grande partie de la corde. Il pense à de la tuberculose.

DUNDAS GRANT. — **Lymphosarcome de la base de la langue et de l'épiglotte. Extirpation par pharyngotomie latérale après ligature de la carotide externe gauche, de la faciale et de la linguale droites. Récidive à gauche.** — Malade déjà présenté en novembre. La ligature préalable des vaisseaux a permis une opération exsangue ; mais il y eut deux hémorragies huit et dix jours après, on donne de l'arsenic actuellement au malade.

CHARLES-A. PARKER. — **Ulcération de l'amygdale droite chez un homme de 32 ans.** — L'ulcération douloureuse, durant depuis trois semaines, est recouverte d'un enduit gris sale. L'amygdale elle-même est augmentée de volume et un peu dure. Ganglions cervicaux. En trois semaines, l'ulcération et les ganglions ont augmenté de volume. S'agit-il de syphilis (chancre ou tertiarisme). L'auteur croyait d'abord à un chancre, mais il en doute maintenant, le traitement étant resté inefficace.

*Discussion.*

J.-B. BALL pense au tertiarisme et conseille de continuer le traitement en augmentant les doses.

ROBINSON est du même avis, mais dit qu'il s'y est ajouté de l'infection.

HAROLD BARWELL. — **Épithéliome de l'amygdale.** — Malade de 59 ans, syphilitique depuis trois ans. Pas de ganglions. La tumeur est dure et s'étend plutôt en surface qu'en profondeur.

*Discussion.*

ROBINSON. — C'est un épithéliome, et il faut l'opérer.

---

*Séance du 8 mars 1907.*

*Président : J.-B. BALL.*

HUGO LOWY (de Carlsbad). — **Préparation de polype nasal présentant des filaments particuliers de mucus dans les dilatactions glandulaires.** — Au milieu du mucus et des cellules, on voit



des filaments entortillés et noueux ou en spirale. L'auteur pense que c'est du mucus, par analogie avec ce que l'on voit dans le mucus bronchique dans l'asthme. L'auteur a rencontré cet aspect dans deux cas.

H.-J. DAVIS. — **Fissures de la langue.** — Un homme de 22 ans présente sur le dos de la langue des fissures obliques symétriques. L'auteur croit à du lymphangiome ou à un état congénital.

*Discussion.*

DE HAVILLAND HALL regarde cette langue comme une langue de dyspeptique chronique.

W. BENNET dit que la fissuration linguale n'est pas forcément due à un état dyspeptique et peut être congénitale.

DAVIS. — Le malade n'a aucun symptôme du côté de sa langue, au contraire de ce que l'on voit en cas de dyspepsie chronique. La coexistence d'une malformation du voile incline à penser qu'il s'agit d'un état congénital.

DAVIS. — **Papillome du larynx.** — Jeune fille présentée en novembre. Malgré l'ablation (par les voies naturelles), l'aphonie persiste. L'auteur demande que faire. Les cordes sont rouges.

*Discussion.*

J.-B. BALL trouve que la voix est améliorée.

Il n'y a rien à faire d'autre tant qu'il n'y a pas récive.

DE HAVILLAND HALL est du même avis. Il ne faut pas irriter les cordes par un traitement local.

CHARLES PARKER. — **Tuberculose du larynx chez une femme de 33 ans.** — Cette malade fut vue pour la première fois, il y a sept ans, avec de la tuberculose du larynx et de légers signes au sommet droit. Cette femme ayant eu dix grossesses, dont quatre fausses couches, fut présentée il y a deux ans comme un exemple de tuberculose ayant commencé pendant la grossesse; cependant certains prétendirent qu'il s'agissait d'épaississement chronique inflammatoire.

Le 25 décembre dernier, la malade, perdue de vue, revint à l'hôpital avec de la dyspnée. Les régions sus- et sous-glottiques étaient remplies de végétations paraissant dues à une inflammation

chronique. Avec le repos et les frictions mercurielles, la tuméfaction disparut suffisamment pour mettre la malade hors de danger; mais il y a toujours de grandes masses de végétation inflammatoires.

L'auteur demande comment expliquer cette transformation d'un état qui était manifestement tuberculeux au début.

**MILLIGAN.** — **Abcès du lobe frontal droit, secondaire à une supuration bilatérale du sinus frontal et ethmoïdal.** — Jeune fille de 20 ans, malade depuis plusieurs années. Opération de Killian des deux côtés, dans la même séance; curettage et drainage des deux labyrinthes ethmoïdaux (11 octobre 1906). Jusqu'aux 27 novembre, état parfait, à part un peu d'écoulement purulent par la fosse nasale droite. A cette date, brusque élévation de température, céphalée.

Après quelques jours, tout reentra dans l'ordre. Mais, le 20 décembre, grand frisson, température, céphalée intense. On lui trouva alors une névrite optique double. A la ponction lombaire, liquide opalescent.

Rapidement la malade tomba dans le coma et mourut le 26 décembre.

*Autopsie.* — Méningite diffuse de la base, principalement au niveau du lobe frontal droit. Au-dessus de la face inférieure de celui-ci, on trouva un petit abcès, communiquant avec la cavité arachnoïdienne et par une fistule avec les cellules ethmoïdales postérieures, ce qui explique la présence du pus dans la fosse nasale droite après l'opération.

#### *Discussion.*

ST.-CLAIR THOMSON a eu un cas analogue. L'abcès était situé au centre du lobe frontal gauche, sans connexion macroscopique avec le sinus frontal et ayant rompu récemment l'écorce pour se répandre dans la fosse antérieure. La céphalée apparut seize à dix-huit jours après l'opération, et la mort survint quatre semaines après l'opération. Or, à part quelques manifestations qui la faisaient passer pour quelque peu hystérique, il n'y avait pas de raison de penser à un abcès. Dans six cas de Milligan, le temps écoulé entre l'opération et la mort est suffisant pour montrer qu'il s'agit d'un abcès latent, quoique le traumatisme ait pu précipiter la terminaison fatale.

HERBERT TILLEY. — Les affections méningées et du lobe frontal

viennent moins, ainsi que le prouve la littérature de ce sujet, du sinus frontal que des cellules éthmoïdales.

Il en rapporte un cas personnel.

Donc, dans l'opération, il faut nettoyer complètement les cellules éthmoïdales.

SCANES SPICER insiste sur ce qu'il a déjà dit : Avant d'opérer le sinus frontal, il faut enlever le cornet moyen, effondrer et drainer les cellules éthmoïdales, particulièrement le groupe antérieur. Cela a-t-il été fait dans les cas de Milligan et de St.-Clair Thomson ? Si cette pratique était généralisée, non seulement on aurait peu de complications semblables (qu'il n'a jamais eues avec son procédé), mais il serait souvent moins nécessaire de faire des opérations sinusiennes par voie externe, comme le Killian.

PERMEWANS critique cette manière de voir. Dans les cas ci-dessus rapportés, il s'agit d'abcès latent existant avant l'opération. Donc, avant de pratiquer celle-ci, il faut rechercher s'il n'y a pas de suppuration intracrânienne.

WATSON WILLIAMS. — Contrairement à Scanes Spicer, il dit que, si l'on est décidé à intervenir sur le sinus frontal, il est bien préférable d'attaquer les cellules éthmoïdales pendant l'opération, parce qu'on le fait plus complètement.

WESTMACOTT est de l'avis de Scanes Spicer. Aussi n'a-t-il eu à intervenir par voie externe que deux fois pour sinusite chronique, et cela est conforme à l'opinion d'Hajek, qui dit que les opérations par voie externe ne doivent être faites que dans un petit nombre de cas. Ce sont principalement les cellules éthmoïdales antérieures qui sont prises avec la sinusite frontale. Ce qui cause surtout les complications endocrâniennes, c'est l'infection venue soit par une perforation des parois postérieure et supérieure du sinus frontal, soit par la lame criblée.

G.-B. WAGGETT est du même avis également. Non seulement les cellules antérieures, mais les postérieures peuvent être atteintes par voie nasale. Les résultats sont aussi bons que ceux opérés par voie externe.

FITZGERALD POWELL. — Le temps écoulé entre l'opération et la mort dans les cas de Thomson et de Milligan rend possible l'hypothèse d'une infection pendant l'opération.

ST.-CLAIR THOMSON. — Il n'y a pas de raison que ce soient les cellules éthmoïdales qui soient en cause plutôt que le sinus frontal, sauf peut-être pour les abcès d'origine traumatique. Pour les affections spontanées, Hajek dit que la sinusite éthmoïdale donne la méningite ; la sinusite sphénoïdale, la méningite et la thrombose

du sinus caverneux, et la sinusite frontale, l'abcès du lobe frontal. D'autre part, il a plusieurs malades chez lesquels il a procédé comme l'indique Scanes Spicer ; mais il lui fut impossible de curetter les cellules fronto-éthmoïdales par le nez, et c'est d'ailleurs pourquoi Killian imagina son opération.

**MILLIGAN. — Exostose du sinus frontal.** — Le malade, âgé de 70 ans, fut traité en 1897 pour sinusite frontale, puis en 1904, époque à laquelle un médecin constata une petite exostose. En décembre 1906, il vint pour une grande tumeur osseuse, développée apparemment aux dépens du sinus frontal gauche, avec luxation de l'œil en bas et en dehors.

Deux mois après, ces symptômes avaient augmenté, en même temps que le malade accusait de la douleur. On ouvrit alors son sinus. La tumeur s'implantait largement sur le plancher. Le sinus contenait beaucoup de pus muqueux et un polype œdémateux.

Extirpation de la tumeur. L'œil a repris maintenant à peu près sa place normale.

**BETHAM ROBINSON. — Papillome très étendu du larynx.** — Cette pièce provient d'une fille de 5 ans, qui, surveillée depuis 1904, mourut le 2 janvier 1907. Elle présentait des phénomènes de dyspnée marquée et des troubles dans la voix. Elle fut trachéotomisée dès le début. L'examen, possible seulement sans anesthésie, montrait de la papillomatose diffuse sur la couronne laryngée et les cordes. A plusieurs reprises, on lui en enleva par les voies naturelles et une fois par thyrotomie. Une nouvelle récurrence survint néanmoins, et on la trachéotomisa à nouveau, puis nouvelle extirpation par les voies naturelles. Et ainsi de suite, sauf qu'à la fin on la tubait au moment des périodes d'asphyxie.

L'enfant mourut subitement le 2 janvier.

Sur la pièce, on voit les papillomes recouvrir abondamment l'épiglotte, les replis, la paroi postérieure du larynx, les sinus pyriformes et même la partie supérieure de l'œsophage, ainsi que la base de la langue.

**ST.-CLAIR THOMSON. — Rhino-sclérome du naso-pharynx chez une Polonaise de 19 ans.** — Cette jeune fille, malade depuis plusieurs années, a déjà été opérée par Heryng il y a quatre ans. Mais l'obstruction nasale a repris et va croissante. Il y a de l'anosmie complète. Rien d'anormal dans le pharynx buccal et le larynx. Les fosses nasales présentent une hypertrophie pâle des cornets.

Dans le cavum, on voit un diaphragme, rouge, charnu, occupant presque toute la cavité, n'ayant au centre qu'un orifice ovalaire, saignant au contact, cartilagineux au toucher. Quoiqu'il n'y ait pas encore eu d'examen histologique ni bactériologique, l'auteur conclut à du rhino-sclérome.

*Discussion.*

A. PARKER trouve que l'aspect rugueux et inégal, ressemblant à celui d'une tumeur, ne répond pas à la description du rhino-sclérome, qui est une infiltration à surface lisse.

THOMSON répond que cela est dû probablement à l'opération antérieure. L'idée de tumeur peut être éliminée à cause de l'orifice central, par où l'on aperçoit un peu de la cloison.

ST.-CLAIR THOMSON. — **Tumeur endolaryngée chez un homme de 29 ans.** — Pas de maladies antérieures, pas d'amaigrissement. Rien à l'examen des autres organes. Le malade est enrôlé depuis dix mois et a, de temps en temps, des douleurs du côté droit du larynx, irradiant dans l'oreille. Il y a une infiltration de toute la corde droite, de la commissure antérieure et d'une partie de la corde vocale gauche.

Il y a un petit ganglion à droite.

Malgré l'âge, l'auteur se demande si ce n'est pas un cancer.

*Discussion.*

PERMEWANS croit à de la tuberculose.

ST.-CLAIR THOMSON. — **Prolapsus du ventricule de Morgagni chez une femme de 50 ans.**

ST.-CLAIR THOMSON. — **Infiltration et ulcération de la luette chez l'homme.** — On aurait pu songer à la syphilis tertiaire, si le malade n'avait été traité déjà pour une ulcération tuberculeuse du bras, contrôlée histologiquement et traitée par la tuberculine suivant la méthode de Wright. C'est après la guérison de celle-ci qu'apparut l'ulcération pharyngée, et celle-ci s'améliore également par les injections de tuberculine. Le malade n'a pas de manifestations pulmonaires. Intérieurement, l'iodure n'avait pas donné de résultat.

*Discussion.*

CRESSWELL BABER pense à de la syphilis.

WATSON WILLIAMS rapporte un cas analogue.

**E.-A. PETERS. — Lupus du palais et du larynx traité par la tuberculine T. R. Amélioration.**

Malade traité par la méthode de Wright.

*Discussion.*

ST.-CLAIR THOMSON a traité ainsi plusieurs cas de lupus, non seulement sans amélioration, mais encore deux fois avec aggravation.

**E.-A. PETERS. — Parésie fonctionnelle du palais.** — Il s'agit d'une femme de 24 ans, souffrant depuis plusieurs mois de laryngite et qui s'aperçut de modifications de la voix. Par moments, celle-ci est normale. Actuellement, elle a des sensations d'étouffement.

Il y a un peu de rhinite vaso-motrice.

Dans la phonation, tout le palais se meut légèrement. Le palais est légèrement œdématié.

Pas de diphtérie.

*Discussion.*

PEGLES fait remarquer qu'en plus du retard de la contraction du voile, quand on excite celui-ci avec une sonde, il y a de temps en temps des contractions spontanées du voile, et alors la rhinopalie fermée est bien marquée.

**E.-A. PETERS. — Trachéotomie pour obstruction laryngée. Ablation d'un fibrome par section du cricoïde. Pas d'amélioration. Thyrotomie ultérieure et ablation d'un autre fibrome.** — Enfant de 6 ans, admis à l'hôpital le 6 juin 1906, pour difficulté de la respiration, survenue subitement, après six semaines de troubles de la voix et ayant nécessité la trachéotomie. Un mois après, on sectionne le cricoïde et on enlève de l'extrémité antérieure de la corde vocale droite un fibrome lisse, blanc, du volume d'une noisette. En octobre, comme l'obstruction persistait toujours, on pratiqua la thyrotomie, et un autre fibrome de même volume et de même siège fut enlevé. Guérison.

E.-A. PETERS. — **Sinusite frontale. Opération de Killian.** — Malade de 46 ans, présenté déjà en juin 1906. Ce patient a une fistule sous le rebord orbitaire droit. On ne peut faire entrer une sonde dans le sinus frontal droit par le nez ; mais le sinus frontal gauche est ouvert et contient du pus, que l'on voit également dans la narine droite. On avait pratiqué antérieurement une cure radicale pour une sinusite maxillaire gauche.

On a fait un double Killian au malade. Il n'y a plus de pus dans le nez. Il n'y avait pas de sinusite frontale droite ; mais les cellules fronto-ethmoïdales et ethmoïdales étaient atteintes des deux côtés.

*Discussion.*

HERBERT TILLEY. — La fistule était peut-être due à un catgut infecté, comme il l'a vu dans un cas.

STUART LOW. — **Plusieurs cas de sinusite frontale chronique.** — Les résultats esthétiques parfaits tiennent à ce que, au lieu de faire les pansements habituels, il utilise un protecteur très utile de son invention. Ainsi se trouve évitée la pression sur les parties malades et favorisée la guérison par première intention, indispensable pour éviter la cicatrice et la difformité.

L'auteur ajoute que, en outre, grâce à la pression élastique, se trouve réalisée une espèce de méthode de Bier, qui aide ainsi à la guérison.

Tous les cas présentés duraient de trois à douze années et semblent avoir eu la grippe comme origine ; périodiquement, ils étaient aggravés et s'accompagnaient de violentes douleurs. Une des malades, sujette à des crises d'épilepsie, n'en a plus eu depuis son opération.

*Discussion.*

DONELAN. — Un point intéressant est la cessation des crises épileptiques. Il rapporte un cas analogue. Ces faits sont mal connus, et il n'y a guère que Féré qui ait rapporté des cas qui s'en rapprochent.

D.-R. PATERSON. — **Ablation d'un corps étranger de la bronche gauche chez un garçon de 19 ans.** — Il s'agit d'un morceau de coquille de noix qui, au moment de son entrée dans les voies aériennes, détermina une violente crise de dyspnée ; celle-ci s'atténua par la descente du corps étranger. Le malade fut vu douze

heures après. Il y avait du sifflement, mais rien qui n'indiquât la position exacte. Sous chloroforme et après badigeonnage de cocaïne, on passe un tube de Killian de 9 millimètres; le corps étranger bloquait l'entrée de la branche gauche, recouvrant un peu la bifurcation. Extirpation avec la longue pince de Killian.

SCANES SPICER. — 1<sup>o</sup> **Homme de 75 ans, déjà présenté pour un cancer inopérable de l'isthme, du pharynx, de la langue. Traitement par la vaccine bactérienne de « Micrococcus neoformans ».** Légère amélioration.

2<sup>o</sup> **Cancer du larynx et du pharynx déjà présenté, traité également par la méthode de Wright. État stationnaire.**

MIDDLEMASSO HUNT. — **Examen microscopique d'un lipome de la trachée.** — La tumeur était insérée sur la paroi postérieure de la trachée, par une large base, à la hauteur des trois premiers anneaux. La tumeur, prise pour un fibrome, fut extirpée. L'examen montra qu'il s'agissait d'un lipome pur.

C'est le seul cas de lipome de la trachée.

L'auteur n'a pu trouver qu'un cas de Rokitanski (1854), qui concerne un lipome du larynx trouvé à l'autopsie.

FURNISS POTTER. — **Examen microscopique d'une tumeur de la cloison.** — Le malade a été présenté en février.

L'examen microscopique donne que la muqueuse est remplacée par des granulations renfermant des tubercules.

---

*Séance du 5 avril 1907.*

*Président : J.-B. BALL.*

ST.-CLAIR THOMSON. — **Tumeur maligne du larynx chez un homme de 29 ans.** — Malade déjà présenté à la séance précédente. L'examen de la biopsie a montré qu'il s'agissait de carcinome. Dans l'intention de pratiquer en un deuxième temps une laryngofissure, on lui fit une première opération pour extirper les ganglions; on trouva alors ceux-ci infiltrés et la tumeur ayant débordé le larynx; on trachéotomisa donc le malade. La laryngectomie ne fut pas acceptée.



*Discussion.*

JOBSON HORNE et ROBINSON contestent la nature carcinomateuse des coupes présentées, et le cas est renvoyé à la Commission des tumeurs.

ST.-CLAIR THOMSON. — **Pseudo-prolapsus du ventricule de Morgagni.** — Femme de 50 ans, présentée à la séance précédente, l'examen de la biopsie a montré du tissu œdémateux avec un très léger stroma fibreux.

H.-J. DAVIS. — **Observation d'aphémie.** — Il s'agit d'un enfant de 12 ans, qui n'a jamais pu parler, quoique intelligent, entendant et comprenant bien. Il ne peut tirer la langue; mais le frein, quoique court, ne suffit à l'expliquer. A 3 ans et demi, il aurait eu une espèce d'hémiplégie infantile (?).

*Discussion.*

DONELAN. — Étant donnée la remarquable conservation de l'intelligence, cet enfant bénéficiera beaucoup d'une éducation dans un établissement spécial.

DUNDAS GRANT. — Il paraît avoir un affaiblissement considérable de certains muscles; l'enfant ne peut siffler, ni souffler, ni gonfler ses joues, ni tirer la langue; comme, d'autre part, son palais se meut incomplètement, il doit avoir quelque affection médullaire. Quand on lui demande de parler, son palais bombe, quoiqu'il se rétracte de façon réflexe quand on déprime la langue.

WATSON WILLIAMS. — Il doit y avoir une lésion corticale, car il n'y a ni atrophie ni du bras ni de la langue. La lésion doit siéger dans le voisinage de la circonvolution de Broca. Les symptômes, d'après ce que dit la mère, datent moins de l'histoire peu claire d'hémiplégie à trois ans que de la naissance. Le malade peut avoir eu une lésion corticale à la naissance. Avec Donelan et de Haviland Hall, il pense qu'il faut mettre l'enfant dans un institut de sourds-muets, quoique le traitement soit long et exige de la patience et de la persévérance.

C.-A. PARKER est également de cet avis, à moins que l'atrophie de la langue rende l'articulation impossible.

DAVIS. — Si la paralysie de la langue est en cause, aucune éducation ne pourra lui faire reprendre ses fonctions. Plusieurs points

sont à remarquer. L'enfant peut écrire quand il tient une plume dans sa main gauche, mais pas dans sa main droite.

L'enfant est particulièrement intelligent. Les centres musicaux sont bien développés; or ces centres sont en contact avec ceux du langage dans la circonvolution de Broca.

J.-B. BALL. — Il y a quelque chose de spécial dans ce cas : la difficulté de mouvoir la langue et les lèvres. C'est donc différent de la surdi-mutité, où l'on ne peut apprendre à parler à cause de la surdité.

DONELAN. — **Lupus ou syphilis nasale ?** — Il y a quinze mois, un malade de 35 ans se présente avec un nez très tuméfié, ayant les caractères du lupus. Pas d'antécédents syphilitiques. Il y avait de la suppuration ethmoïdale à droite surtout. Le traitement mixte l'améliore beaucoup, excepté en ce qui concerne la suppuration ethmoïdale. Toute la portion inférieure du cartilage de la cloison fut détruite, excepté une étroite bande au niveau de l'extrémité du nez, sur laquelle il y a maintenant un bouton douloureux. Y a-t-il une opération plastique à lui faire ?

#### *Discussion.*

SMURTHWAITE. — Cela ressemble à du lupus, aussi bien en ce qui concerne la destruction de la cloison que le bouton douloureux. Il conseille de lui mettre un septum artificiel en celluloïde.

HERBERT TILLEY ne peut se prononcer entre le lupus et la syphilis tertiaire. Il rejette l'emploi d'un septum artificiel, comme devant être une cause d'irritation et conseille d'aviver les bords de la muqueuse, puis de faire une plastique avec un lambeau taillé sur la muqueuse de la lèvre supérieure (opération de Roe, de Rochester).

WITEHEAD. — Il s'agit de lupus et de lupus encore en activité; donc il ne faut pas tenter actuellement un procédé opératoire.

ST.-CLAIR THOMSON pense aussi à du lupus. Toute tentative de restauration risque d'échouer à cause de la faible vitalité des tissus; si elle réussit, il peut survenir de la rétraction, et la difformité sera plus considérable que maintenant.

DUNDAS GRANT. — **Pharyngo-kératose améliorée par des applications de solution à 10 p. 100 d'acide salicylique dans du sulfocinate de soude.**

*Discussion.*

FELIX SEMON. — La kératose n'a pas besoin d'être traitée, puisqu'elle va bien d'elle-même. D'ailleurs, il n'y a pas de remède vrai, et la longueur des traitements finit par irriter les malades. Il conseille le changement d'air et le traitement général.

FITZGERALD POWELL est partisan de la cautérisation.

HERBERT TILLEY rapporte un cas qui, abandonné à lui-même, après avoir paru s'aggraver, disparut spontanément.

DUNDAS GRANT. — **Immobilité de la corde vocale gauche.** — Une femme de 41 ans se plaint de douleurs de la nuque et de suffocations. La respiration est bruyante pendant le sommeil. La corde gauche est fixée en position cadavérique ; il y a un peu de tuméfaction au niveau du cartilage de Santorini gauche. Il n'y a pas de signes physiques, et la radiographie n'a rien donné. Pas de ganglions.

*Discussion.*

WATSON WILLIAMS. — L'aspect du larynx fait songer à la syphilis. La corde droite paraît avoir une rétraction cicatricielle.

FÉLIX SEMON croit à une fixation mécanique. La base du cartilage aryténoïde gauche est considérablement élargie, et on a l'impression que l'articulation crico-aryténoïdienne est immobilisée. Cela peut être syphilitique, et il faut faire le traitement.

JOBSON HORNE. — **Lymphosarcome du médiastin.** — Le malade, âgé de 49 ans, était malade seulement depuis deux mois. Rapidement survient une dysphagie absolue pour les solides. Cinq semaines après le début, c'est-à-dire trois semaines avant sa mort, se développa une dyspnée avec paroxysme de plus en plus fréquents, surtout la nuit. A son entrée, il y avait du stridor ; le facies était angoissé.

Pas de signes physiques et d'anévrysme. Les cordes vocales étaient mobiles, le larynx congestionné. Le cathétérisme de l'œsophage était possible avec la bougie la plus grosse.

Rapidement l'état s'empira, et le malade mourut asphyxié deux jours après son entrée.

*Autopsie.* — De ce médiastin postérieur, on trouve une masse lobulée, grosse comme une forte poire, semblant sortir de la bifurcation des bronches, s'étendant en avant jusqu'au péricarde

et dépassant à droite la ligne médiane de tous côtés. La tumeur avait envahi l'œsophage, obstruant celui-ci sur plus de 44 centimètres; la largeur totale de la tumeur dans le médiastin est de 7 centimètres.

La bronche droite, non envahie, est cependant très rétrécie; mais la partie inférieure du poumon droit est envahie. Le larynx présente de l'œdème de l'aryténoïde droit.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

Il faut remarquer l'étendue de l'occlusion de l'œsophage, alors qu'une large bougie a pu passer. L'œdème aryténoïdien doit être rapporté à la gêne circulatoire causée par la tumeur thoracique.

En outre, l'auteur, se basant sur la présence d'une cicatrice entre les cartilages de Santorini et de Wrisberg, en une zone qu'il considère comme vulnérable et sujette aux ulcérations infectieuses, se demande si la tumeur thoracique ne reconnaît pas à l'origine une infection.

---

#### SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'OTOLOGIE (1).

*Séance tenue à Brême les 17-18 mai 1907.*

HARTMANN. — **Méthode de l'examen de l'oreille chez les enfants.** — Il faut faire deux examens : le premier ayant pour but de faire l'examen général de l'enfant, le deuxième de constater le degré, la cause, la nature de la surdité et son pronostic. La moitié des élèves sourds peuvent être guéris ou améliorés. Il faut distinguer entre les enfants très sourds, quand ils entendent avec la bonne oreille à moins de un demi-mètre, atteints de surdité de moyen degré quand ils entendent jusqu'à 3 mètres, et légèrement sourds quand ils entendent la voix chuchotée de 3 à 8 mètres.

KUMMEL. — **Sur la bactériologie de l'otite moyenne aiguë.** — Sera publiée la partie, en collaboration, analysée dans les *Annales*.

DENKER. — **Recherches bactériologiques sur l'otite moyenne aiguë.** — Denker a fait examiner, au laboratoire de bactériologie

(1) Comptes rendus par LAUTMANN, d'après la *Munch., mediz. Wochensh.*, nos 24 et 25, 1907.

de Erlangen, le pus pris au moment de l'ouverture de 29 mastoïdes. On a trouvé le streptocoque pyogène 63 p. 100, streptocoque muqueux 14 p. 100, staphylocoque pyogène 17 p. 100, et d'autres diplocoques prenant le Gram. Le diplocoque de la pneumonie était absent. Quant au streptocoque et au staphylocoque muqueux, les résultats sont analogues à ceux de Kümmel. L'absence du pneumocoque, dans les cas de Denker, est à remarquer. Chez Kümmel, le diplocoque de la pneumonie était en cause à peu près 1 fois sur 5. Mais, si l'on analyse en détail les cas de Kümmel, on trouve qu'on ne peut retenir que 2 cas seulement, dans lesquels on a trouvé le pneumocoque dans le pus de la mastoïde. Encore a-t-on trouvé, dans le liquide cérébro-spinal de ces deux cas morts de méningite, l'association avec le streptocoque. En conséquence, Denker prétend que, à l'encontre de l'opinion courante, le diplocoque de la pneumonie occasionne exceptionnellement la mastoïdite.

KOBRAK. — **Sur les causes et les voies de l'infection dans l'otite moyenne aiguë.** — Les microbes, cause d'une otite moyenne aiguë, peuvent se rencontrer dans le sang. C'est exceptionnel; ils ne s'y rencontrent que les cas très graves. Dans ces cas, il s'agit généralement du streptocoque long. Le streptocoque muqueux, le staphylocoque doré, le pneumocoque ont été trouvés exceptionnellement. Le phénomène de l'agglutination est également rare et se produit surtout dans les otites à pneumocoques. Il n'existe pas de relation entre la virulence des microbes (examinée sur les animaux) et la gravité du cas. Les otites dues au pneumocoque montrent une marche cyclique. Le streptocoque long donne à l'otite la forme d'une septicémie. Les conclusions des examens bactériologiques sont les suivantes : 1° la bactériémie streptococcique, dans l'otite moyenne aiguë, guérit dans la moitié des cas; 2° dans la septicémie otitique, la diminution des colonies bactériennes et de l'hémolyse n'indique pas une évolution vers la guérison. L'augmentation des colonies bactériennes et de l'hémolyse implique un mauvais pronostic. La constatation des microbes muqueux nous invite à surveiller les malades, même après disparition des phénomènes morbides.

NEUMANN. — **Bactériologie de l'otite moyenne aiguë.** — Le microbe, auteur de l'otite, est de peu d'importance pour la genèse des complications postotitiques. Peut-être le coque capsulé occasionne-t-il plus facilement que les coques non capsulés la propagation de l'inflammation dans le voisinage. Pour la complication la

pneumaticité de l'os est importante. Le genre de microbes a de l'influence seulement sur la marche de la complication.

*Discussion.*

WITTMACK insiste sur la grande fréquence de la mastoïdite dans les infections par le *Mucosus* et sur la tendance de ce microbe à produire des abcès extraduraux. Sa recherche est nécessaire, même quand l'otite ne paraît pas grave. Par la coloration par la thionine, on peut distinguer sans culture le muqueux d'avec le streptocoque lancéolé et pyogène.

DENNERT. — **Expériences acoustiques concernant l'appareil auditif.** — Long développement destiné à rechercher laquelle des théories de la conduction du son, de la moléculaire de Johannes Muller ou de la molaire de Ed. Weber est la plus exacte. L'auteur arrive à la conclusion que les deux théories peuvent expliquer le mécanisme de la conduction du son. Mais, pratiquement, c'est d'après la théorie moléculaire que la conduction doit se faire. La conduction molaire est au contraire une conduction d'exception et nuisible pour l'oreille.

SCHLEFER. — **Nouvelles expériences sur la théorie de la résonance par Helmholtz.** — La théorie de la résonance a été attaquée de différents côtés. L'auteur passe en revue toutes les critiques faites à la théorie de Helmholtz, expose ses expériences faites en commun avec Abraham. La conclusion est que la théorie de Helmholtz est juste.

WAGNER. — **Cristaux et cellules géantes dans les suppurations de l'oreille moyenne.** — Dans la guérison des suppurations de la mastoïde, on peut constater parfois la formation de cristaux de cholestéarine. Ces cristaux sont probablement dus à la résorption du pus et agissent eux-mêmes comme corps étrangers minuscules, c'est-à-dire en provoquant la formation de cellules géantes du tissu conjonctif. C'est le procédé typique de la guérison de la suppuration de la mastoïde.

MANASSA. — **Absence congénitale du pavillon.** — Le cas n'est pas examiné en détail. Il s'agit probablement d'une atonie gauche complète et d'une surdité bilatérale.

**RÖPKE. — L'ostéomyélite du frontal consécutive à la suppuration du sinus frontal et ses complications intracraniennes.** — L'ostéomyélite du frontal consécutive à la suppuration du sinus frontal est une affection très rare, dont on connaît jusqu'à présent 13 cas. L'auteur ajoute 3 nouveaux cas. Chez une femme de 23 ans, on a essayé d'enlever tout l'os nécrosé. La malade est morte de l'abcès du lobe frontal opéré trop tard. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un étudiant de 23 ans atteint de syphilis. On a enlevé le frontal du côté gauche jusqu'à la naissance des cheveux. Mort par abcès du lobe frontal droit. On a opéré l'abcès probablement trop tard. Il existait déjà de la paralysie du faciale gauche et des extrémités à gauche. L'abcès avait déjà une membrane très épaisse. Dans le troisième cas, ouvrier de 26 ans, l'issue a été heureuse, parce que l'ostéomyélite n'a intéressé que la paroi antérieure du sinus des deux côtés et que le diploé était très épais. Dans le résumé, l'auteur rappelle les deux travaux sur ce sujet : SCHILLING (*Z. f. O.*, Bd. XLIII) et GUISEZ (*Annales*, 1906).

**ESCHWEILER. — Examen de la muqueuse dans les sinusites du nez.**

**BRIEGER. — Pathologie de la pyémie otogène.** — Quand on ne trouve pas de thrombose large du sinus ou du golfe, on accepte l'idée d'une thrombose pariétale pour expliquer le genèse et la persistance des états pyémiques. Or ce thrombus pariétal n'a pas été démontré cliniquement dans beaucoup de cas. Au point de vue anatomique, il faut démontrer qu'un thrombus pareil a non seulement permis aux bactéries l'entrée dans la voie sanguine, mais il faut aussi prouver qu'il entretient l'état pyémique. Or il est incontestable qu'on rencontre des cas qui ne répondent pas à ces conditions. Il faut alors admettre que l'irruption des bactéries se fait directement dans le sang, sans l'entremise du thrombus, et peut-être faut-il encore admettre que ces bactéries continuent à se développer dans le sang. La conséquence pratique de cette conception de Brieger est très importante. Il faudra, à l'avenir, se demander si, dans chaque cas de pyémie otogène, il est indiqué d'attaquer le sinus.

**NEUMANN. — Instrument pour l'ouverture du golfe de la veine jugulaire.** — Neumann introduit par la veine jugulaire ou inversement par le sinus une sonde de Nélaton, munie d'une scie de Gigli, et ouvre le trou jugulaire de dedans en dehors.

HOFFMANN. — **Préparation d'un abcès cérébral en voie de guérison.**

HEGENER. — **Sur l'abcès cérébral.** — Hegener présente plusieurs cas des différentes localisations de l'abcès cérébral.

OPPIKOFEK. — **Recherches sur le nez pendant la menstruation, la grossesse et après l'accouchement.** — Pendant la grossesse, on trouve des altérations dans le nez; mais Oppikofer ne peut pas les considérer, à l'instar de Freund et de Zacharias, comme occasionnées par la grossesse. Il ne peut pas admettre l'opinion de Freund que la pituitaire se gonfle avant l'arrivée des douleurs de l'accouchement. L'assertion de Freund, d'après laquelle les cornets se tuméfient pendant les règles, est fausse, à part quelques exceptions.

BARANY. — **Théorie du nystagmus.** — Barany montre dans un schéma les voies cérébrales du nystagmus. Ils distinguent entre un mouvement lent du nystagmus, qui a un point de départ vestibulaire, et un mouvement rapide, qui a un centre supranucléaire. Par la narcose, on peut paralyser le centre nucléaire; le mouvement lent persiste. Cette distinction trouve son application en pathologie. Barany montre deux cas avec lésion du centre supranucléaire et dans lesquels, par l'irritation vestibulaire, on ne peut provoquer qu'un mouvement lent des yeux et pas de nystagmus. Barany propose pour cette paralysie le nom d'ophtalmoplégie supranucléaire.

VOSS. — **La radiologie dans l'otiatrique.** — Il fait ressortir, après un résumé historique, les grands avantages que la radiologie réserve à l'otologie, surtout au point de vue du diagnostic. De même pour l'étude anatomique, les examens par les rayons X sont d'une utilité très grande.

WASSERMANN. — **La valeur des rayons X pour le diagnostic des sinusites nasales.** — C'est le meilleur procédé de diagnostic. Le diagnostic différentiel entre la suppuration du sinus frontal et du sinus ethmoïdal, ou la combinaison de ces deux sinusites, peut se faire dès le premier examen. D'après les autres méthodes, ce diagnostic demande parfois des semaines et, dans des nez étroits, est quelquefois impossible. Même le choix de la méthode opératoire se laisse facilement faire d'après les skiagrammes. Enfin, par les rayons X, on peut contrôler les résultats obtenus.



WINKLER. — **Rontgénogramme de l'apophyse mastoïde.** — Winkler montre sur des photographies qu'on peut, par les rayons X, se faire une idée sur la position du sinus, l'épaisseur du tegmen, la spongiosité de l'apophyse. Des séquestres et même des abcès du cerveau ont pu être reconnus, avant l'opération, par les rayons X.

SIEBENMANN. — **Surdité consécutive à l'ostéomyélite.** — En s'appuyant sur 4 cas étrangers et 3 cas personnels, Siebenmann décrit la surdité bilatérale consécutive à l'ostéomyélite des os longs.

SIEBENMANN. — **Préparations de labyrinthes des sourds-muets.** — Les labyrinthes proviennent d'un malade atteint de rétinite pigmentaire. Les lésions trouvées par Siebenmann n'ont pas encore été décrites. Caractéristique pour cette surdité est la coexistence des troubles de l'appareil statique.

WITTMACK. — **Sur les altérations de l'appareil auditif par l'action du son.** — Wittmaack a fait des expériences destinées à contrôler l'action du son sur l'appareil auditif. Il est arrivé à obtenir, par la production d'un son continu ou par la production d'un son de très grande intensité et de courte durée, plusieurs fois répété, des altérations dans l'appareil auditif. Il était ainsi en mesure de suivre le processus pathologique dès son début dans toutes les phases. Ces altérations frappent en premier le neurone, d'où elles retentissent jusqu'à l'organe de Corti. En conséquence, Wittmaack trouve que, dans la névrite professionnelle de l'acoustique, où la cause de la lésion est analogue à celle décrite dans l'expérience, le mécanisme doit être le même également. La surdité professionnelle pourrait s'appeler surdité par détonation.

PANSE. — **Quelles sont les lésions qui, dans une préparation histologique de l'oreille interne, peuvent être considérées comme certainement dues à la maladie?** — Dans l'os, on peut considérer comme certainement pathologiques : la résorption par les ostéoklastes, l'apposition de l'os par les ostéoblastes, la formation des ponts osseux, le remplissage des cavités naturelles par des tissus osseux ou fibreux, le sang, pus, fibrine, bactéries. Dans le labyrinthe membraneux, une grande réserve est nécessaire dans l'explication de l'altération des membranes et des cellules. Un déplacement dans les insertions de la membrane de Reissner prouve la dilatation du conduit cochléaire. Dans les altérations de la papille, il faut se

méfier des effets de cadavérisation ou des accidents de préparation, quand les cellules et leurs noyaux ne sont pas très nets. Les nerfs sont certainement atrophiés quand, sur la coupe, ils ne remplissent pas bien le canal osseux. Seulement, pour le tronc de l'acoustique, il faut songer aux déchirures au moment de l'extraction de la boîte crânienne. Le ganglion spiral montre, dans les parties basales, une atrophie de ses cellules causée par l'involution sénile.

**Voss. — Nystagmus dans la lésion unilatérale du labyrinthe.** — Voss a observé un cas dans lequel un des labyrinthes était excitable. Après lésion du second labyrinthe jusque-là excitable, il s'est produit un nystagmus dirigé du côté non lésé.

**BARANY. — L'appareil vestibulaire dans les traumatismes de la tête et sa valeur pratique.** — Les traumatisés se plaignent de vertige. Il faut examiner surtout dans les anamnétiques de quelle nature est ce vertige. Quant au nystagmus, il faut l'examiner dans la position latérale maxima des yeux. Seulement ses degrés très prononcés avec appareil visuel normal ont une signification clinique. Très importante est la constatation d'un nystagmus avec vertige dans le mouvement rapide de la tête (en se baissant, en jetant la tête en arrière, etc.). On peut ainsi facilement contrôler le dire des malades; troisièmement, nystagmus et vertige sont à rechercher sur la chaise rotatoire. Par la rotation, on peut identifier le vertige expérimental avec celui accusé spontanément par le malade. Quatrièmement, Barany recommande la recherche de la contre-rotation des yeux (Voir son travail *Arch. f. Ohr*, 1906). En terminant, Barany propose de remplacer le terme vague de complexus symptomatologique de Ménière ou pseudo-Ménière par les appellations plus exactes du diagnostic du siège de la lésion dans l'appareil vestibulaire.

**NEUMANN. — Suppurations circonscrites du labyrinthe.** — Neumann distingue, comme dans les labyrinthes diffusés, des formes manifestes et des formes latentes. Présence ou absence du nystagmus spontané, l'excitabilité de l'appareil vestibulaire, l'examen de la fonction auditive, les constatations sur la paroi du labyrinthe au moment de l'ouverture de la caisse donnent des renseignements sur l'opportunité de l'ouverture du labyrinthe.

**STIMMEL. — Traitement de l'otite moyenne chronique par l'hy-perémie.** — Stimmel a eu des résultats très encourageants dans les

suppurations chroniques avec l'hyperémie. Le nombre des séances nécessaires pour amener la guérison a été quelquefois de trente-cinq. Une fois, cinq séances ont suffi. La durée de chaque séance n'a pas dépassé un quart d'heure. Les séances ont eu lieu tous les deux à trois jours.

---

RÉUNION DES OTO-LARYNGOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE  
DE L'OUEST (1).

*Séance du 2 décembre 1906.*

NEUENBORN. — **Cas d'intoxication cocaïnique.** — Neuenborn emploie pour l'usage habituel une solution de 7,5 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne. Les tampons dont il se sert prennent 0<sup>sr</sup>,10 de ce liquide ou 0<sup>sr</sup>,0075 de cocaïne. Avec cette solution, il badigeonne les muqueuses trois fois, et il obtient une anesthésie suffisante. Sur plusieurs milliers de cocaïnisation, il n'a pas eu le moindre accident jusque dans la dernière année, où il a eu deux intoxications dont une a failli être terminée par la mort. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille à laquelle il devait enlever une bulle osseuse du cornet moyen. L'anesthésie obtenue, Neuenborn se préparait à l'opération, quand la malade tombe brusquement par terre, accès épileptiforme, perte de la connaissance complète, respiration stertoreuse. L'accès se termine en deux minutes. Une demi-heure plus tard, la malade a pu quitter le cabinet. Trois semaines plus tard, elle a été opérée sans anesthésie cocaïnique, sans accident.

Le deuxième cas, concernant un jeune homme de 23 ans, a été observé quatre mois plus tard. Le malade, atteint de sinusite maxillaire, a été cocaïné et ponctionné sans ressentir le moindre trouble. Un mois plus tard, nouvelle ponction. Deux jours après, le malade revient pour la troisième fois. Il paraissait pâle; questionné afin de savoir s'il avait des faiblesses, il déclarait se trouver bien. Neuenborn cocaïnise le méat inférieur droit; mais, après le deuxième badigeon, la pâleur était devenue si intense que Neuenborn n'a pas employé le troisième badigeon. La ponction réussit bien, mais, à peine le

(1) Compte rendu par LAUTMANN, d'après la *Munch. mediz. Wochensh.*, n° 33, 1907.

trocart était-il retiré que le malade tomba comme foudroyé : dilatation maxima des pupilles sans réaction, contractions tétaniques du corps entier, lèvres cyanosées. N'était le pouls (régulier à 72), Neuenborn aurait cru avoir affaire à un cadavre. Respiration artificielle pendant vingt-cinq minutes. Au bout d'une heure seulement, un confrère arrive. La contraction tétanique cessait par instants. Le nitrite d'amyle échoue complètement. L'état du malade, grâce aux piqûres d'éther, s'améliore assez pour permettre son transport à l'hôpital, où le malade a dû rester six semaines avant de pouvoir reprendre son travail. Ce dernier cas est remarquable par sa gravité, surtout si l'on songe à la petite quantité de cocaïne employée. Le cas prouve que la cocaïne attaque surtout le centre respiratoire et laisse relativement intact le cœur. Neuenborn rappelle le cas de mort arrivé à un confrère, à Aix, après lavage d'un sinus fait dans le cabinet du médecin. On ne peut pas songer à l'idiosyncrasie ; peut-être le lavage du sinus a pu être en cause. En tout cas, il faut se méfier de la cocaïne.

#### *Discussion.*

HENRICI a vu des cas analogues. Un malade atteint de polypes et de sinusite a été soigné pendant un mois et souvent cocaïné. Un jour, pendant un lavage, le malade tombe dans une attaque d'épilepsie. Le trismus devient si intense qu'il faut exécuter la trachéotomie. Respiration artificielle impossible. Le malade meurt. Dans un autre cas, le sinus maxillaire, chez une malade, devait être lavé. Après cocaïnisation, la malade a un accès d'épilepsie. Il a fallu pratiquer la respiration artificielle. Un an après l'accident, la malade accuse encore une fatigue dans les bras et dans les jambes et une faiblesse dans la mémoire. Chez un soldat, on applique la cocaïne à 20 p. 100 pour faire la résection du cornet inférieur. Avant l'opération, le malade a un accès hystéro-épileptique avec troubles psychiques (illusion de la mémoire, amnésie pour les derniers événements).

HOFMANN a vu des accidents analogues dans la période pré-cocaïnique à l'occasion des interventions endonasales. La dose de la cocaïne employée dans les cas de Neuenborn est insuffisante pour permettre le diagnostic d'intoxication par la cocaïne.

KEIMER doute également du diagnostic. Il a parfois vu des accidents nerveux survenir à la moindre intervention endo-nasale (sondage). MAX dit qu'il faut songer, dans les cas mentionnés, à l'hystéro-épilepsie, au lieu d'imputer les accidents à la cocaïne.

LIEVE rappelle le choc qu'observent les urologistes après le cathétérisme.

MOSES dit que, si la muqueuse se rétracte très rapidement après le badigeonnage à la cocaïne, il faut être très prudent.

HANSBERG a vu très rarement des accidents dus à la cocaïne, quoi qu'il se serve d'une solution à 20 p. 100. Une seule fois, il a vu un cas d'intoxication cocaïnique chez un homme qu'il aurait dû opérer d'une arête de la cloison. Le nitrite d'amyle lui a rendu des services à cette occasion. Hansberg rappelle un cas d'intoxication chronique de cocaïne observé par lui et caractérisé par sensation d'oppression, palpitations, instabilité et loquacité.

HANSBERG. — **La curabilité de la septicémie otogène aiguë.** — D'après l'opinion courante, la septicémie consécutive à l'otite aiguë se termine rapidement par la mort. Pourtant cette terminaison peut être évitée par une opération précoce. En 1903, Hansberg a publié l'observation de deux cas, dont un guéri. Il rapporte aujourd'hui deux nouveaux cas. Un enfant de 4 ans fait une otite moyenne aiguë gauche. Très peu de réaction au début; mais, comme la température est montée à 41°, on fait la paracentèse. Les jours suivants, température de 40 à 41°, pouls de 120 à 140. Enfant légèrement soporeux. Mastoïde insensible. A son ouverture, on trouve trois petites gouttelettes de pus. Le sinus est largement ouvert, ne contient pas de thrombus. La température a diminué lentement. Quelques vomissements avec de la céphalée. Guérison au bout de quinze jours. Le pus contenait des streptocoques. Dans le deuxième cas, l'otite bilatérale était consécutive à un temponnement rétro-nasal, exécuté chez un adulte pour un épistaxis grave. La paracentèse double n'améliore pas l'état somnolent du malade. Dix heures plus tard, Hansberg ouvre les deux mastoïdes, les deux fosses cérébrales postérieures et le sinus droit. Les mastoïdes contenaient du pus, le sinus était normal. A l'ouverture du sinus gauche, se produit une forte hémorragie, qui nécessite l'arrêt de l'opération. Trois jours plus tard, il a fallu ouvrir largement le sinus gauche. Guérison en quinze jours. Les deux cas sont remarquables par la petitesse des lésions dans l'oreille, surtout dans le tympan. Cette remarque a été faite par Hansberg également.

#### *Discussion.*

VOHSEN. — Dans les cas où l'on trouve un foyer dans la mastoïde entouré de tissu sain, il faut tâcher de ne pas ouvrir le sinus, et il

faut se méfier surtout quand le pus de la mastoïde ou de la caisse est très virulent. Vohsen a eu occasion de faire l'autopsie du cas suivant : un homme de 23 ans fait en juillet une otite suppurée à droite. Le 2 octobre, il est opéré pour une mastoïdite type Bezold. Le 26 octobre, céphalée, vertige, fièvre légère. Le 29 octobre, nouvelle opération. Le sinus, situé très loin du champ opératoire, est attaqué *à travers un os sain*. Comme sa paroi paraît normale, on arrête là l'opération. Depuis, le malade a eu du délire, une augmentation de la fièvre, de la pyélocystite, et il est mort dans le coma le 20 décembre. A l'autopsie, on trouve, correspondant à la partie découverte du sinus, un thrombus pariétal contenant des streptocoques. Il était évident que ce thrombus a été occasionné par la mise à nu du sinus et par sa communication avec le foyer. La conclusion est qu'il faut renoncer à l'ouverture systématique du sinus quand on trouve un foyer qui, à lui seul, explique les accidents pyémiques.

HANSBERG. — La mise à nu du sinus n'est pas absolument sans danger; elle est aussi dangereuse que la découverte de la dure-mère, et Hansberg a vu, en effet, un cas d'abcès extradural qui devait son origine à cette mise à nu. Quand il s'agit de septicémie otogène, l'ouverture du sinus est toujours indiquée, même dans les cas où le foyer de la mastoïde n'arrive pas jusqu'au sinus. Une constatation négative dans l'apophyse n'implique pas l'état normal du sinus. Il est même préférable de ne pas se contenter de la mise à nu du sinus, mais même de l'ouvrier pour le nettoyer d'un thrombus éventuel.

HENRICI. — **Corps étrangers de l'œsophage.** — Une aiguille implantée dans la paroi postérieure de l'œsophage, dans la hauteur du cartilage cricoïde, a été retirée grâce à l'œsophagoscopie. Une autre malade avait avalé, dans la nuit, son dentier. La sonde ne rencontre pas de résistance. A l'œsophagoscopie, à 0<sup>m</sup>,26, le dentier est vu, enclavé dans l'œsophage. Extraction.

KRONENBERG. — **Faux diagnostic de corps étranger des voies respiratoires.** — Garçonnet de 2 ans et demi a de la dyspnée depuis bientôt trois mois. L'enfant a raconté à sa mère que quelque chose lui était entré dans la gorge; mais un médecin, plusieurs fois consulté, a nié l'existence du corps étranger. A l'examen, on peut facilement constater une sténose pour l'inspiration et pour l'expiration. La raucité de la voix n'était pas très prononcée. La laryngoscopie était impossible. Il a fallu faire la bronchoscopie en narcose. Au premier examen, on ne voit pas de corps étrangers. A

la deuxième introduction, le tube dévie et entre dans le sinus pyri-forme. Au même moment, on entend un son métallique. En retirant prudemment le tube, on voit à un moment un corps étranger de couleur blanche; mais, quand on recherche, avec la sonde, à travers le tube, ce corps, il a disparu. Il a fallu admettre que le corps étranger déplacé a été avalé. En effet, on a trouvé le lendemain, dans les selles de l'enfant, un bouton en corne avec les dimensions suivantes : 0<sup>m</sup>,188 comme diamètre et 0<sup>m</sup>,004 d'épaisseur. Ce corps étranger était enclavé, pendant plus de deux mois et demi, dans la partie supérieure de l'œsophage, probablement latéralement du cartilage cricoïde. Il a occasionné plutôt des troubles respiratoires que des troubles de la déglutition, d'où le faux diagnostic de corps étranger des voies respiratoires.

---

## NÉCROLOGIE

---

### MORITZ SCHMIDT

L'homme qui vient de mourir à Francfort-sur-le-Mein d'une attaque d'apoplexie, en sa soixante-dixième année, presque à la veille de son Jubilé, a bien mérité de la laryngologie. L'histoire n'écrit pas son nom parmi ceux qu'illustrèrent les découvertes fondamentales de notre science, les García, les Turck, les Czermak, les Killian; mais son souvenir ne dût-il durer qu'autant que vivront ceux qui l'ont connu, que la récompense de son labeur sera belle : car nul maître n'a laissé dans l'esprit de qui le fréquenta une plus pure impression de grandeur professionnelle.

A la petite clinique de la *Grosse Gallusstrasse*, où il passa la plus grande partie de sa vie médicale, on ne faisait pas d'opérations sensationnelles, on n'inventait ni ne démarquait de procédés opératoires; on ne travaillait point exclusivement avec le bistouri d'une main, la montre de l'autre : et je doute que Moritz Schmidt ait jamais songé un instant à battre le record de la vitesse dans la pansinusectomie. On y travaillait modestement, dans un recueillement doux, presque religieux. Le maître, qui savait à la fois nous attirer et nous retenir par un mélange indéfinissable de bonhomie et de dignité, parlait peu; il préférait donner des leçons de choses. Avec lui on apprenait en voyant. Un ordre merveilleux présidait à tout : le moindre acte de diagnostic ou de traitement se faisait suivant une méthode impeccable et immuable, comme se célèbre un rite en un sanctuaire. Il ne semblait pas qu'on

pût mieux faire que de chercher à copier servilement. L'adénotomie à la curette sous anesthésie au bromure d'éthyle, deux actes qu'il avait personnellement réglés, donnait entre ses mains l'impression de la perfection absolue; s'il est vrai qu'en toute chose il puisse y avoir de la beauté, il avait su la mettre en cela. D'ailleurs ceux de notre temps qui furent ses élèves, les Calmette, les Lubet-Barbon et d'autres en France, se reconnaissent à la précision qu'ils apportent à leur technique, sans à-coups, sans hâte, sans trouble.

C'est à sa sagacité clinique que le maître de Francfort dut sa célébrité, plus certainement qu'aux soins qu'il donna aux larynx impériaux des Hohenzollern : on sait qu'en 1880 il traita le cancer de Frédéric II à San Remo; même récemment, il opéra Guillaume II d'un polype du larynx; et, à ce propos, il racontait à ses intimes que nulle glotte ne lui avait montré des réflexes plus puissants et plus indomptables.

S'il réussit, c'est parce que, comme il s'en vantait souvent, il fut un autodidacte. Fils de praticien, praticien lui-même, il adopta la laryngologie dès qu'elle naquit, et il l'aïda à grandir. Faute de maître, il dut s'instruire dans la nature seule : car la fabrication en gros de spécialistes de six semaines ne fonctionnait pas de son temps. Comme opérateur, il était d'une habileté consommée; mais c'est surtout comme clinicien qu'il fut admirable. Il ne lui serait pas venu à l'idée, — ainsi que le pratique le « modernisme », — de traiter le nez et le larynx comme s'ils étaient suspendus dans le vide; il daignait s'occuper du corps qui les enveloppe. Il auscultait ses dyspnéiques sans se croire obligé de curetter systématiquement leur cavum; il savait voir dans le pharynx malade autre chose que des granulations à brûler et s'attardait à interroger le reste du tube digestif; il se serait résigné, bien à contre-cœur, à expliquer les souffrances d'un anévrysme aortique par un réflexe d'origine nasale.

Puisse, pour le plus grand bien de l'humanité qui souffre du nez et de la gorge, son souvenir ne s'effacer que lentement! Cet homme fut l'idéal du laryngo-clinicien, sachant également garder sa thérapeutique des vains concepts de la philosophie médicale et du dangereux automatisme de la chirurgie quand même.

Et tel sera le sentiment de ceux qui sauront s'imprégner de l'enseignement qui lui survit dans son magnifique ouvrage : *Die Krankheiten der oberen Luftwege*, le livre de notre sagesse.

Pour ma part, je ne pourrai m'être acquitté de la dette de reconnaissance que j'ai contractée envers Moritz Schmidt que si je parviens à convaincre ceux qui me liront qu'il n'est point de source plus pure que son livre, où ils puiseront leur savoir.

MARCEL LERMOYER.



**KESSEL**

Le professeur Kessel a succombé à Iéna, à l'âge de soixante-huit ans ; il était atteint d'une tumeur maligne du médiastin.

Elève de Wernher, qui fut en son temps le seul chirurgien allemand s'intéressant aux choses de l'Otologie, Kessel prit, dès le début de ces études, l'orientation chirurgicale qu'il conserva toute sa vie. Habilité docent à Graz à l'âge de trente-sept ans, il fut, en 1886, nommé professeur d'otologie à l'Université d'Iéna, qu'il ne devait plus quitter. Il dirigea avec prédilection ses recherches sur la ténotomie des muscles de l'oreille moyenne et sur la *mobilisation et l'extraction de l'étrier*, immobilisé par des adhérences. L'histologie de l'oreille l'occupa beaucoup à vingt-deux ans de distance ; il fut chargé de la présenter au public dans le manuel de Stricker et dans le traité de Schwartze.

**EUSTASIO URUÑUELA**

Eustasio Uruñuela vient de mourir à Madrid à l'âge de cinquante ans.

Disciple d'Ariza, qui fut le pionnier de la laryngologie en Espagne, il lui succéda comme chef du service oto-laryngologique de l'institut Rubio, et notre spécialité dut à ses efforts d'avoir conquis droit de cité en Espagne.

Il fut, du reste, récompensé de ses efforts en occupant dans son pays les situations les plus élevées de notre spécialité. Il avait présidé, en 1900, au Congrès de Paris, la Section de laryngologie ; il la présida de même, en 1904, à Madrid. Il présida aussi la Société espagnole de laryngologie et le premier Congrès espagnol de laryngologie.

**NOUVELLES****NOMINATIONS**

Le Dr LANNOIS, agrégé et médecin des hôpitaux de Lyon, vient d'être l'objet de deux distinctions. Il reçoit la croix de chevalier de la Légion d'honneur, et il est nommé professeur adjoint d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Lyon. Ses remarquables travaux de

spécialité, appuyés, ce qui est rare à notre époque, sur une solide connaissance de la pathologie générale, lui valaient bien ces deux honneurs. Nous applaudissons avec joie à la récompense qui échoit à un de nos plus précieux et fidèles collaborateurs : et nous enregistrons avec une non moindre satisfaction ce nouveau progrès vers l'officialisation de notre spécialité en France.

M. C.

---

Le Dr NEUMANN (de Vienne) a été nommé *privat docent d'otologie*.

---

Lorsque le praticien aura inutilement épuisé la liste des ferrugineux et reconstituants, sans guérir ses anémiques, neurasthéniques, consomptifs, débilités, etc., il obtiendra des résultats qui le surprendront en faisant usage du sirop d'hémoglobine Deschiens qui permet de réaliser une apothérapie hématique intense et rapide, sans imposer la moindre fatigue aux organes digestifs.

VIN DE CHASSING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

---

---

#### OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

LOGAN TURNER : *Mucocèse of the accessory nasal Sinus*. Extr. de *The Edinburgh med Journal*, nov. et déc. 1907.

*Le Gérant : MASSON et C<sup>ie</sup>.*

---

2201-07. — CORBEIL. IMPRIMERIE ÉD. CRÉTÉ.

---

R

